

*«You take the problem to the goalmouth,  
and then you let the parent kick it into the  
goal»*

*En kvalitativ undersøkelse av engelske logopeders  
erfaringer med Lidcombe programmet*

Line Kannelønning Johnsen



Masteroppgave i spesialpedagogikk  
Institutt for spesialpedagogikk  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

HØST 2014





***«You take the problem to the goalmouth, and  
then you let the parent kick it into the goal»***

En kvalitativ undersøkelse av engelske logopeders  
erfaringer med Lidcombe programmet

© Line Kannelønning Johnsen

2014

«You take the problem to the goalmouth, and then you let the parent kick it into the goal»

Line Kannelønning Johnsen

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Grafiske Senter AS, Oslo



# Sammendrag

## Formål og problemstilling

Med denne oppgaven har jeg ønsket å sette fokus på direkte stammebehandling av førskolebarn, ved å ta utgangspunkt i Lidcombe programmet (LP). Behandlingstilnærmingen er forholdsvis ny i Norge, og relativt få logopeder har fått opplæring i programmet. Formålet med studien er å prøve å bidra til å utvide kjennskapen til LP, som et supplement til de indirekte behandlingsmetodene anvendt av mange norske logopeder. LP er en veletablert behandlingsform i England, og jeg har derfor undersøkt engelske logopeders erfaring med LP. Problemstillingen ble da som følger: *«Hvilke erfaringer har engelske logopeder med Lidcombe programmet i stammebehandling av førskolebarn?»*

## Metode

En kvalitativ tilnærming er brukt, med utgangspunkt i fenomenologi og hermeneutikk. Fire semi-strukturerte intervjuer ble gjennomført. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, og deretter transkribert. En tematisk analyse av datamaterialet ble manuelt utført. Analysen resulterte i fire hovedkategorier som ble videre drøftet: *Refleksjoner rundt bakgrunn for å velge LP, Praktiske erfaringer med LP over tid, LP i forhold til andre behandlingstilnærminger, Råd til nye logopeder som skal bruke LP.*

## Resultater og konklusjon

Logopedene i undersøkelsen har gitt et godt bilde på prosessen med å få kjennskap til LP. De bevegde seg fra opprinnelig å være kritiske til programmet, men endte opp med LP som sitt viktigste behandlingsverktøy videre i karrieren. Sekvensen i kunnskapsbyggingen kan sammenfattes som først å forstå hva LP var, deretter få tidlige positive erfaringer like etter opplæring, og så vurdere LP til å bli det viktigste verktøyet i fortsettelsen.

Behandlingsresultatene med LP påvirkes av familiens forventninger til behandlingen, og det er derfor viktig å få avklart på forhånd hvilke forventninger foreldrene har, og få dem til å forstå hvilke forpliktelser LP krever av dem. Behandlingsstart bestemmes basert på kriterier som alder, identifiserte risikofaktorer, og hvordan stammingen påvirker og blir håndtert av familien. Ved å overvåke stammingen og dens utvikling en begrenset periode, gis det rom for mulig naturlig bedring før oppstart, og familien unngår eventuelt å utsettes for krav, som LP ellers vil medføre.

Logopedens rolle i LP er å veilede, og lære opp foreldrene i å behandle eget barn. Støtte til foreldrene underveis i behandlingsprosessen anses som et meget viktig element, og erfaringene viser at foreldrene blir styrket og stolt, når de forstår at det er deres innsats som gjør at stammingen elimineres/redueres. Selv om noen foreldre i starten kan finne de verbale tilbakemeldingene unaturlige, får de fleste raskt positive erfaringer med behandlingen gjennom å se virkningen på barna, som synes behandlingen er gøy og etterspør mer.

Som ved andre behandlingsmetoder, står logopeden også med LP overfor mange utfordringer som må vurderes og løses, både før behandling, og underveis i behandlingsprosessen. Slike utfordringer kan være knyttet til begrenset tilgjengelig tid for behandling, distraherende elementer under behandling, familier med utfordrende levekår, forskjellig språk og kulturbakgrunn, familier med mangelfull evne til å lære seg LP, og foreldre som ikke konsekvent følger opp behandling slik det forventes i LP. Forskjellen i familiens miljømessige rammebetingelser later til å ha hatt betydning for forskjeller i behandlingsresultat mellom private og noen av de offentlige klinikkene i England. De fleste utfordringer lar seg imidlertid løse uten nevneverdig forringelse av behandlingsresultatet. Dette skyldes at logopedene ivaretar og lærer opp foreldrene til å forstå utfordringene, og at de løses i felleskap. En viktig suksessfaktor er også at logopedene har tilgang på gode fagnettverk, der vanskelige tilfeller og diverse utfordringer kan drøftes, og der både gode og dårlige erfaringer kan utveksles. Dette gir både kunnskap og trygghet til den enkelte logoped i det daglige arbeidet.

Konklusjonen er videre at LP generelt synes å gi gode behandlingsresultater, også når utfordringer er til stede. LP gir logopeden et meget godt verktøy for behandling av førskolebarn som stammer. Det gir sikkerhet for å oppnå positive resultater uten å måtte tilpasse miljø og behandling til ellers usikre årsaker. Siden LP har et strukturert behandlingsmønster, vil det være mindre sjanse for at noe går galt underveis i prosessen. At LP baseres på mye forskning og empiriske studier, gir logopeden forutsigbarhet om hva som kan forventes i løpet av behandlingen. Ut fra dette, synes det som om LP vil kunne være bedre egnet enn de indirekte behandlingstilnærmingene, for behandling av førskolebarn som stammer.





# Forord

En lang prosess nærmer seg slutten. Å skrive denne masteroppgaven har vært en utrolig lærerik og spennende prosess. Det har til tider også vært svært utfordrende, spesielt nå ved innspurten. Det kjennes derfor godt å endelig kunne sitte her å skrive de siste linjene på oppgaven.

Det er mange personer som har bidratt underveis i prosjektet, og disse fortjener selvsagt en stor takk. Jeg vil gjerne få takke veilederen min Gunvor Dalby Veia for nyttige tilbakemeldinger underveis.

Videre vil jeg gjerne takke venner og familie som har hatt troen på meg underveis, og som har hjulpet meg med å holde motet oppe når det har vært vanskelig. Mia, du har vært uvurderlig! En hjertelig stor takk til pappa for gode innspill og korrekturlesing av oppgaven.

I would also like to thank the four speech and language therapists who took the time to meet with me. It would not have been possible to do this research project without you. Thank you for sharing your thoughts and experiences with the Lidcombe programme.

Last, but not least, I would like to thank you Jez, for your words of encouragement, and great support during this time. Having you «around» has made things a bit easier, and less stressful.

Bergen, november 2014

*Line Kannelønning Johnsen*



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Formål og problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning og begrepsavklaring.....	3
1.4	Oppgavens oppbygging .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk forankring .....</b>	<b>5</b>
2.1	Stamming .....	5
2.1.1	Definisjoner av stamming .....	5
2.1.2	Kjerneatferd og Sekundæratferd .....	7
2.1.3	Følelser og holdninger.....	8
2.1.4	Forekomst av stamming .....	8
2.1.5	Naturlig bedring .....	9
2.1.6	Årsaker til stamming.....	9
2.1.7	Stamming i førskolealder .....	10
<b>3</b>	<b>Stammebehandling for førskolebarn .....</b>	<b>13</b>
3.1	Ulike behandlingstilnærminger .....	13
3.2	Lidcombe programmet.....	15
3.2.1	Beskrivelse av Lidcombe programmet.....	15
3.2.2	Vurdering av barnets stamming.....	17
3.2.3	Verbal respons-betinget stimuli.....	18
3.2.4	Fase 1: Strukturerte og ustrukturerte samtaler.....	20
3.2.5	Fase 2: Vedlikehold av behandlingseffekten.....	21
3.2.6	Tidspunkt for oppstart av behandlingen med LP .....	22
3.2.7	Behandlingstid .....	23
3.3	Utfordringer i behandlingsprosessen .....	24
3.4	Fordeler med Lidcombe programmet.....	28
3.5	Effektstudier .....	29
3.5.1	Hvilken effekt har Lidcombe programmet? .....	29
3.5.2	Kan effekten overføres til allmennlogopedisk praksis? .....	30
3.6	Kritikk av Lidcombe programmet.....	32
3.7	Nettverk.....	33
<b>4</b>	<b>Metode .....</b>	<b>34</b>
4.1	Forskningstilnærming og metode .....	34
4.1.1	Fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming.....	34
4.1.2	Kvalitativt forskningsintervju .....	35
4.2	Før datainnsamlingen.....	35
4.2.1	Førforståelse.....	35
4.2.2	Utvalg av informanter.....	36
4.2.3	Presentasjon av utvalget.....	38
4.2.4	Intervjuguide .....	39
4.2.5	Prøveintervju .....	39
4.3	Datainnsamling og transkribering.....	40
4.3.1	Gjennomføringen av intervjuene .....	40
4.3.2	Transkribering av intervjuene .....	41
4.4	Analyse og tolkning av datamaterialet .....	42

<b>4.5</b>	<b>Forskningens kvalitet .....</b>	<b>44</b>
4.5.1	Validitet.....	44
4.5.2	Reliabilitet.....	46
4.5.3	Etiske hensyn.....	46
<b>5</b>	<b>Resultater og drøfting .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>Refleksjoner rundt bakgrunn for å velge LP .....</b>	<b>48</b>
5.1.1	Opprinnelige tanker og holdninger til LP.....	48
5.1.2	Opparbeiding av innsikt gjennom tidlige erfaringer.....	50
<b>5.2</b>	<b>Praktiske erfaringer med LP over tid.....</b>	<b>51</b>
5.2.1	Hensyn som må tas før behandling starter .....	51
5.2.2	Logopedens rolle vs. foreldreinvolvering .....	56
5.2.3	Foreldre og barns erfaringer med LP.....	58
5.2.4	Betydningen av gode nettverk .....	60
5.2.5	Utfordringer ved bruk av Lidcombe programmet.....	61
5.2.6	Effekt av LP.....	68
<b>5.3</b>	<b>LP i forhold til andre behandlingstilnærminger .....</b>	<b>71</b>
<b>5.4</b>	<b>Råd til nye logopeder som skal bruke LP .....</b>	<b>74</b>
<b>6</b>	<b>Avslutning.....</b>	<b>78</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>81</b>
	<b>Vedlegg / Appendiks.....</b>	<b>90</b>
	<b>Vedlegg 1:Informasjonsskriv og samtykkeerklæring .....</b>	<b>91</b>
	<b>Vedlegg 2: Inquiry of participation and consent form .....</b>	<b>93</b>
	<b>Vedlegg 3: Interview guide .....</b>	<b>95</b>
	<b>Vedlegg 4: Prosjektgodkjenning.....</b>	<b>97</b>

<b>Figur 1. Barnets respons og foreldres verbale respons-betinging i Lidcombe programmet.....</b>	<b>19</b>
---	-----------

# 1 Innledning

I dette introduksjonskapittelet redegjøres det først for bakgrunn for valg av forskningstema, og logopedisk relevans. Videre presenteres studiens problemstilling, og avslutningsvis redegjøres det for oppgavens struktur og oppbygging.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Stamming er en taleflytvanske som kan føre til at mellommenneskelig kommunikasjon blir hemmet i større eller mindre grad. Det er ikke gitt at personer, som begynner å stamme, vil fortsette å stamme resten av livet. Noen vil oppleve at stammingen forsvinner av seg selv, mens andre har behov for behandling for å få bukt med problemet, eller for å minimalisere stammingen så mye som mulig (Packman & Onslow, 1999).

Når det gjelder små barn som stammer, var det i lang tid tradisjon for ikke å gripe inn, og mange hadde en «vente og se» holdning til tross for at stammingen ofte startet i en så tidlig alder som to år (Starkweather, Gottwald & Halfond, 1990). American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2013) har pekt på to syn på stamming som kan ha ført til at man ikke ville behandle førskolebarn som stammet. Det første handlet om troen på at barnet kom til å «vokse fra seg» stammingen. Det andre innebar en antagelse om at behandling ville kunne medføre negativ oppmerksomhet rundt vansken. Man antok ut fra dette at stammingen kunne bli permanent. I følge Starkweather et al. (1990) ville man følgelig risikere å utsette barnet for mobbing og følelser av frustrasjon, angst og skam. I tillegg kunne man risikere at stammingen ville bli mer «inngrodd», og gjøre den vanskeligere å behandle (Packman & Onslow, 1999).

Synet på behandling av førskolebarn har endret seg mye siden den gang, og i dag ønsker man i stedet å komme i gang med behandling på et så tidlig stadium som mulig, for å forhindre og forebygge en negativ stammeutvikling (Packman & Onslow, 1999; Guitar, 2014; Bernstein Ratner & Guitar, 2006; Onslow & O'Brian, 2013)

Stamming kan behandles på ulike måter, både direkte og indirekte (Guitar, 2014). I Norge har det vært tradisjon å bruke indirekte behandling når man behandler førskolebarn som stammer (Hansen & Herland, 2003). En spørreundersøkelse gjennomført av Gilleberg (2003)

undersøkte hvilken type stammebehandling som ble brukt av 262 norske logopeder. Resultatene viste at flertallet (65%) av de spurte logopedene brukte indirekte behandlingsmetoder, 12% brukte direkte behandlingsmetoder, og 23% brukte begge tilnærminger ved behandling av førskolebarn som stammet. I en studie blant logopeder gjort av Carstensens (2012) foretrakk alle å benytte en indirekte metode for behandling av førskolebarn som stammet. Utvalget var imidlertid begrenset, bestående kun av 5 logopeder. Basert på en annen undersøkelse blant 76 logopeder (Ambjørnsen, 2011), fremgikk det at logopedene tenderte til å arbeide indirekte, kombinert med direkte behandling av førskolebarn som stammet. Disse undersøkelsene tyder samlet sett på at det også i dag er en overvekt av norske logopeder som arbeider mer indirekte enn direkte overfor barn som stammer. Siden en overvekt av logopedene i Norge fortsatt later til å basere seg på indirekte behandling, ønsker jeg å forstå mer om bakgrunnen for dette, og prøve å få et mest mulig balansert syn på behandling, gjennom en nærmere studie av den direkte behandlingsmetoden. Jeg har tatt utgangspunkt i Lidcombe programmet, som er en relativt ny behandlingsform i Norge, introdusert for første gang i 2009 (Sønsterud, 2009). Ambjørnsen (2011) konkluderte med at relativt få norske logopeder hadde fått opplæring i Lidcombe programmet, og kun én hadde benyttet programmet i behandling. Berg (2013) undersøkte hvorfor norske logopeder ikke brukte programmet i særlig grad. Resultatene fra Bergs studie viste at mange logopeder, som i utgangspunktet stilte seg positive til programmet, trolig følte at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om hva programmet innebar. Som en mulig parallell til utviklingen i Norge, har jeg derfor prøvd å belyse dette nærmere i forskningsdelen av oppgaven.

## **1.2 Formål og problemstilling**

Formålet med studien har vært å bidra til økt kunnskap om Lidcombe programmet, og legge til rette for bedre balanse i synet på de ulike behandlingsformenes nytteverdi. Håpet er at dette kan skape økt bevissthet rundt de ulike behandlingsformenes fortrinn og ulemper, og gi en mer optimal behandling av det enkelte barn. Utvalgsprosessen for valg av informanter, beskrevet nærmere i kapittel 4.2.2, ga meg en indikasjon på at norske logopeder har begrenset entusiasme og erfaringsbakgrunn rundt bruk av Lidcombe programmet. Av det ønskelige antallet på åtte informanter, fire i Norge og fire i England, fikk jeg ingen respons fra norske logopeder.

I motsetning til i Norge, er Lidcombe programmet veletablert i blant annet Australia, Canada, New Zealand og England (ASRC, 2012a). Naturlig nok har jeg derfor hatt et særskilt ønske om å undersøke nærmere hvilke erfaringer, som er gjort der programmet har vært brukt over lengre tid. På grunn av manglende respons fra norske logopeder, ble studien rettet mot engelske logopeder med lang brukserfaring med programmet. Følgelig er oppgavens problemstilling denne:

*«Hvilke erfaringer har engelske logopeder med Lidcombe programmet i stammebehandling av førskolebarn?»*

Jeg håper funnene omkring denne problemstillingen vil gi sitt bidrag til å skape bedre innsikt i bruken av Lidcombe programmet, og øke interessen for programmet blant andre norske logopeder.

### **1.3 Avgrensning og begrepsavklaring**

For å avgrense oppgavens omfang, har jeg valgt å fokusere på stammebehandling i førskolealder, og følgelig ha mindre fokus på behandling av eldre barn. I tillegg redegjøres det relativt kortfattet om generell behandling av stamming gjennom indirekte og direkte tilnærminger. Hovedfokus vil være på Lidcombe programmet, og det er derfor redegjort nøye for denne behandlingstypen. I oppgaven blir Lidcombe programmet også betegnet i forkortet versjon, som LP.

Fordi jeg ikke fant et fullgodt begrep for å skille mellom en logoped med spesialistbakgrunn og en som ikke har det, har jeg i denne oppgaven valgt å bruke begrepet «allmennlogoped» om logopeder som ikke har en spesialisering innenfor et spesifikt logopedisk område.

### **1.4 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. Kapittel 1 tar for seg bakgrunn for valg av tema, formål og oppgavens problemstilling. Videre fremgår det at oppgaven er avgrenset til å gjelde en bestemt type stammebehandling, Lidcombe programmet. I kapittel 2 og 3 presenteres således teorigrunnlaget for forskningsprosjektet.



Kapittel 2 redegjør for stamming som fenomen, og tre forskjellige definisjoner på stamming blir presentert. Videre presenteres karakteristiske trekk ved stammeatferden, samt forekomst og årsaksforklaringer. Siste del av kapittel 2 tar for seg stamming i førskolealder.

I kapittel 3 redegjøres det generelt for stammebehandling av førskolebarn. Som innledning presenteres indirekte og direkte stammebehandlingstilnærminger. Deretter beskrives selve Lidcombe programmet. Gjennom presentasjonen av programmet får leseren et nærmere innblikk i programmets innhold. Videre presenteres utfordringer i behandlingsprosessen, og hva som anses fordelaktig med programmet. Deretter presenteres effektstudier av LP, samt noen kritiske synspunkter på programmet. Avslutningsvis redegjøres det for ulike former for nettverk logopeder anvender når de bruker LP.

Kapittel 4 beskriver anvendt metodikk og gir først et innblikk i den vitenskapelige tilnærmingen til oppgaven. Deretter presenteres forberedelser og valg som ble tatt i forkant av datainnsamlingen. Videre presenteres selve intervjusituasjonen og den påfølgende behandling og analyse av datamaterialet. Forskningens kvalitet blir så vurdert, og avslutningsvis redegjøres det for etiske hensyn som er blitt ivaretatt underveis i forskningsprosjektet.

I kapittel 5 blir funnene fra forskningen nærmere presentert og drøftet med utgangspunkt i teori presentert i kapittel 2 og 3.

Oppgaven avrundes i kapittel 6 med en oppsummering av funnene fra forskningsprosjektet.

## 2 Teoretisk forankring

Dette kapittelet redegjør for studiets teoretiske rammeverk. Først diskuteres stamming generelt gjennom å belyse tre ulike definisjoner på stamming. Deretter beskrives ulike karakteristikk av stamming gjennom kjerneatferd, sekundæratferd, følelser og holdninger. Videre presenteres forekomst av stamming, fenomenet «naturlig bedring», og årsaksforklaringer. Avslutningsvis redegjøres det for stamming, som utfordring i førskolealder.

### 2.1 Stamming

Stamming er en svært sammensatt vanske (Guitar, 2014) og regnes for å være en taleflytvanske. Dette innebærer altså at det er en forstyrrelse i taleflyten (Garsten & Lundström, 2008). Flyt kan defineres som *enkel* taleproduksjon. Altså er en flytende taler en som lett kan produsere meningsfull tale uten for mye innsats (Starkweather, Gottwald & Halfond, 1990). De fleste mennesker, både individer som stammer og individer som ikke gjør det, vil imidlertid ha større eller mindre grad av brudd i talen (Packman & Attanasio, 2004; Yairi, 1997). Bruddene i talen kan arte seg som forstyrrelser i taleflyten, både i form av repetisjoner av lyd og ord, forlengelser, pauser og nøling (Packman & Attanasio, 2004, Garsten & Lundström, 2008; Guitar, 2014). Dette er helt normalt og er på fagspråket kalt «normal ikke-flyt» (Garsten & Lundström, 2008; Guitar, 2014; ). Den normale ikke-flyten inngår i hva man anser for være en dimensjon av flytende tale (Manning, 2010). Selv for en person som stammer vil talen for det meste være flytende, men det som skiller stamming fra normal ikke-flyt er anomale mengder av brudd, og type brudd i talen (Guitar, 2014; Starkweather et al. 1990).

#### 2.1.1 Definisjoner av stamming

Stamming er en kompleks vanske med multifaktorielle årsaker (se kapittel 2.1.6). Det har vist seg vanskelig å kunne enes om én enkelt definisjon av stamming. Per i dag finnes det derfor ikke en universelt akseptert definisjon (Shapiro, 2011). Garsten og Lundström (2008) hevder at dette har å gjøre med det sammensatte årsaksbildet, som gir mange ulike oppfatninger om hva som er stammingens egentlige årsak og natur. Shapiro (2011) mener at dette gjør det vanskelig å definere begrepet stamming.

En kjent og mye brukt definisjon er imidlertid Verdens helseorganisasjon (WHO) sin beskrivelse av stamming i ICD-10:

«Speech that is characterized by frequent repetition or prolongation of sounds or syllables or words, or by frequent hesitations or pauses that disrupt the rhythmic flow of speech. It should be classified as a disorder only if its severity is such as to markedly disturb the fluency of speech» (WHO, 2010).

WHO sin definisjon legger vekt på de observerbare kjennetegnene ved stamming. Den gir en beskrivelse av karakteristiske trekk, som gjentakelser, forlengelser, nøling og pauser. Guitars (2014) definisjon av stamming er litt annerledes og vektlegger i tillegg også sekundæratferd som handler om reaksjoner personen selv får som følge av stammingen. Han forklarer at disse kan være å bruke ekstra lyder, ord eller bevegelser for å stoppe, eller prøve å stoppe stammingen. Definisjonen lyder som følger:

«Stuttering is characterized by an abnormally high frequency and/or duration of stoppages in the forward flow of speech. These stoppages usually take the form of (1) repetitions of sounds, syllables or one-syllable words, (2) prolongations of sounds, or (3) "blocks" of airflow or voicing in speech. (...) a speaker who is stuttering usually reacts to his repetitions, prolongations, or blocks by trying to force words out, or by using extra sounds, words, or movement in his efforts to become "unstuck" or to avoid getting stuck.» (Guitar, 2014, s. 7)

Alm (2005) sin definisjon er enda mer utfyllende og tar i tillegg med at en person som stammer, vet hva han eller hun skal si, men at stammingen gjør det vanskelig å uttrykke seg. Han peker også på hva som kan være årsaken til stamming ved å antyde at vansken kan være en følge av unormale muskelspenninger eller bevegelser. Alms definisjon på stamming er som følger:

«Stuttering is a speech disorder characterized by difficulties to move forward in the speech sequence, when the person knows what to say. The difficulties are expressed as: sound initiation problems; prolongations of sounds; repetitions of sounds, syllables, words, or phrases; rephrasing; pauses; superfluous sounds or words; or avoidance of speech. In some cases the difficulties to move forward in the speech sequence are associated with abnormalities in muscular tension or abnormal movements, especially in the throat, mouth, and face, but also in the rest of the body. The disorder may be hidden if the person manages to use conscious strategies to avoid display of symptoms (...)» (Alm, 2005, s. 2).

Disse tre forskjellige definisjonene på stamming gir et lite innblikk i hva stamming kan være. Det er også noen karakteristiske fellestrekk ved disse definisjonene, blant annet at alle tre beskriver hvordan stammingen kan høres ut og være synlig. Men, definisjonene er ikke

entydige, og omhandler kun en del av stammingens karakteristika. Shapiro (2011) påpeker at stammingens kompleksitet best kan sammenfattes som summen av alle definisjoner på stamming, og at disse således utgjør essensen av hva stamming er.

### 2.1.2 Kjerneatferd og Sekundæratferd

Guitar (2014) forklarer stamming ut ifra begrepene kjerneatferd og sekundæratferd. Dette er begreper som Guitar har lånt fra Van Riper (1982). Kjerneatferden er det hørbare og observerbare ved stammingen, og består av repetisjoner av lyder, stavelser og ord, forlengelser og blokkeringer (Garsten og Lundström, 2008; Guitar, 2014). Stammemønster og stammeutvikling er svært individuell og arter seg derfor på ulik måte fra individ til individ (Shapiro, 2011; Guitar, 2014). *Repetisjoner* karakteriseres ved at hele ord, lyder eller stavelser i ord gjentas to eller flere ganger (Guitar, 2014). Dette kan fortone seg på følgende måte: Ved enstavelsesord: «jeg, jeg, jeg vil ha is». Lyder og stavelser: «jeg vi-vi-vi-vil ha is, kan d-d-d-d-d-u hente den, be-be-bestemor?». Ved *forlengelse* av lyd fortsetter personen som stammer å sette på stemme i en artikulasjonsstilling som er «frosset» (Guitar, 2014). Et eksempel på dette kan være følgende: «Har du llllevert oppgaven?». *Blokkeringer* karakteriseres ved at både artikulasjonsstilling og lyd/luftstrøm låses: «K---an jeg?» (Garsten og Lundström, 2008). Ved blokkering i munnen vil den som stammer fryse en bestemt artikulasjonsstilling. Sitter blokkeringen i halsen vil luftstrømmen stoppe opp og lyden blir «hengende fast» (Guitar, 2014). Stamming i førskolealder har en tendens til å variere over tid, og kan i noen tilfelle forsvinne i dager, uker eller måneder for så å vende tilbake (Guitar, 2014; Packman & Attanasio, 2004; Garsten & Lundström, 2008). Stamming varierer i både frekvens og grad på tvers av individer, men man vil også finne variasjon i det enkelte individ (Packman & Attanasio, 2004).

Den som stammer vil ofte føle ubehag ved å stamme og ønsker å komme ut av stammeøyeblikket så raskt som mulig. For å klare dette, etableres det ofte sekundæratferder, som er tillærte atferder (Guitar, 2014; Garsten & Lundström, 2008). Sekundæratferd kan deles inn i *flukt-* og *unngåelsesatferder*. Fluktatferd som følge av stammingen, kan være å bytte ut et ord med et annet som har samme betydning, blunke med øynene, bruke fyllord eller snu seg bort fra samtalepartneren og på denne måten unngå å se reaksjonen fra den andre. Når stammingen opphører forsterkes fluktatferden fordi personen som stammer, gjerne opplever at stammingen opphører på grunn av for eksempel øyeblikkingen (Guitar, 2014).

Unngåelsesatferd derimot, blir utløst av en forventning om å stamme, og kan forekomme i forhold til både situasjoner og ord. Den som stammer har en forventning om å begynne å stamme på et ord han har stammet på ved flere tidligere anledninger. Han velger å unngå dette ordet og bytter det heller ut med et annet ord. I noen tilfeller kan det også hende at personen som stammer holder seg helt borte fra situasjoner der han forventer å begynne å stamme. Etter hvert som både flukt- og unngåelsesatferdene tas i bruk og utvikler seg, vil disse i mange tilfelle bli en ubevisst del av talemønsteret til personen som stammer (Guitar, 2014).

### **2.1.3 Følelser og holdninger**

Følelser og holdninger som følge av stammingen, kan være frykt, skam og skyld for å stamme. Stammingen vil i mange tilfelle være hørbar og synlig (sekundæratferd), men man kan ikke ut fra dette utlede hvilke følelser og holdninger personen som stammer har (Guitar, 2014). I følge Guitar (2014) er ikke små barn alltid bevisst egne talebrudd, og erfarer ikke negative følelser i forhold til stammingen. Funn gjort av Yairi og Ambrose (2005) viser imidlertid til resultater der barn allerede i 3 og 4 års alderen både er bevisst bruddene i talen, og i noen tilfeller begynner å reagere negativt i forhold til stammingen.

### **2.1.4 Forekomst av stamming**

Stamming begynner ofte i en alder hvor barnet er mellom 2 og 5 år (Guitar, 2014; Onslow & O'Brian, 2013). Gjennomsnittlig alder på stammeutbrudd ser ut til å ligge på 33 måneder (Yairi & Ambrose, 2013; Månsson, 2000). Yairi og Ambrose (2005) hevder at yngre barn har høyere risiko for å begynne å stamme enn eldre barn. I sin undersøkelse kom de frem til at over 60% av barna som stammer begynner før de er fylt 3 år, og at mer enn 85% begynner før de er 3½ år. Før barna er 4 år er hele 95% av dem begynt å stamme. Implisitt forteller dette at av barn med stammevansker, vil kun 5% eldre enn 4 år begynne å stamme.

Guitar (2014) mener det er vanskelig å skaffe nøyaktig og oppdatert informasjon om hvor mange som stammer. Heitman (2013) anslår imidlertid at andelen stamming i førskolealder ligger på ca. 4%, mens 1% av grunnskolebarn stammer. Andelen i den voksne befolkningen ligger noe lavere enn dette.

Det har også vist seg å være kjønnsmessige forskjeller ved forekomst av stamming. Forholdet mellom gutter og jenter som stammer er omtrent 3 til 1 (Guitar, 2014), eller 2 til 1 (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Fordi flere jenter enn gutter blir kvitt stammingen tidlig i barndommen, øker andelen gutter som stammer etter førskolealder (Guitar, 2014), og Yairi og Ambrose (2013) melder om en økning mot hele 5 til 1 blant eldre skolebarn og voksne.

### **2.1.5 Naturlig bedring**

Naturlig bedring refererer til at stammingen opphører uten noen form for behandling. Hvorfor de fleste barn som begynner å stamme blir bedre uten behandling, vet man ikke (Shapiro, 2011; Guitar, 2014; Onslow, Jones, O'Brian, Packman, & Menzies, 2012). Det er stor variasjon i estimeringen av naturlig bedring, og opp gjennom tidene har resultater fra ulike studier antydnet at naturlig bedring ligger på mellom 23% og 80% (Shapiro, 2011; Guitar, 2014). I nyere forskning antydes det at naturlig bedring kan ligge så høyt som mellom 70% og 80% (Yairi & Ambrose, 2005; Månsson, 2000). Selv om man kan si at de fleste barn vil oppleve naturlig bedring kan man ikke med sikkerhet identifisere hvem som vil oppnå bedring uten behandling (Packman & Onslow, 1999; Onslow & O'Brian, 2013). Beste praksis vil derfor være å overvåke barnets stamming inntil 1 år før behandling iverksettes. Dette forutsetter at barnet ikke viser tegn til fortvilelse, er motvillig til å snakke eller at foreldrene er bekymret (Onslow & O'Brian, 2013; Reilly et al., 2013).

### **2.1.6 Årsaker til stamming**

I forskningslitteraturen er det gjort flere forsøk på å forklare hva årsaken til stamming er, men ennå vet man ikke helt de bakenforliggende mekanismene (Onslow & O'Brian, 2013).

Mange forskere er likevel enige i at stamming kan beskrives som en multifaktoriell vanske, hvor konstitusjonelle faktorer sammen med miljø- og utviklingsfaktorer samspiller og bidrar til at stamming oppstår og opprettholdes (Garsten & Lundström, 2008, Guitar, 2014).

Konstitusjonelle faktorer viser at noen individer kan være predisponert for å utvikle stamming. De konstitusjonelle faktorene inkluderer blant annet arv og genetikk, samt sensomotoriske, språklige og emosjonelle faktorer (Guitar, 2014). Forskning på hjernen foreslår at årsaken kan være relatert til at nerveimpulser forstyrrer prosesseringen av tale. Dette knyttes til anormale forhold ved hjernens struktur og funksjoner, som har betydning for det uttalte språket (Onslow & O'Brian, 2013; Guitar, 2014). I en undersøkelse på Bornholm

(Månsson, 2000) kom det frem at 67% av barna som stammet også hadde slektninger som stammet. Dette tyder på en viss genetisk kobling. Det finnes også andre sterke bevis på at en genetisk predisposisjon for stamming er tilstede (Yairi & Ambrose, 2013; Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Tvilling- og adopsjonsstudier har bekreftet at stamming oppstår som følge av samspillet mellom genetiske og miljømessige faktorer (Guitar, 2014). Miljømessige faktorer kan innebære foreldres væremåte, språkmiljøet barnet utsettes for, eller stressende hendelser i barnets liv. Utviklingsmessige faktorer kan innebære fysisk, kognitiv, sosial og emosjonell utvikling, som også må sees i sammenheng med den raske språkutviklingen i alderen fra 2 til 6 år (Guitar, 2014).

### **2.1.7 Stamming i førskolealder**

Barn starter ikke å stamme umiddelbart etter at de har begynt å snakke, men får gjerne sitt første stammeutbrudd når enkle setninger skal settes sammen (Onslow et al., 2012; Packman & Attanasio, 2004; Onslow & O'Brian, 2013). Årsaken til dette er ikke kjent, men kan tenkes å være relatert til den raske utviklingen av språket som foregår på denne tiden (Packman & Attanasio, 2004; Yairi & Ambrose, 2005). Ambrose (2006) viser til at stammeutbruddet kan komme gradvis eller plutselig. Reilly et al. (2009) rapporterte i sin undersøkelse av 1619 toåringer at stammeutbruddet oppstod innen en periode på 1-3 dager i 49,6% av tilfellene.

Tidligere mente man at stammingen utviklet seg på en bestemt måte. Fra primærstamming med repetisjoner av ord og stavelser, til kjernestamming med en kompleks stammeatferd, med økt spenning og blokkering. Dette synet har imidlertid endret seg fordi nyere forskning viser at stamming kan arte seg svært forskjellig (Garsten & Lundström, 2008). Hvordan stammingen kommer til uttrykk varierer fra individ til individ, og kan være alt fra mild, til moderat eller hard stamming. Sønsterud, Howells og Hoff (2014) har stilt spørsmål om nødvendigheten av å dele inn stammeutviklingen i faser, slik Guitar (2014) har gjort, fordi stammingen ikke nødvendigvis følger en slik utvikling. Shapiro (2011) er til dels enig i dette og mener at det alltid vil være personer som ikke enkelt kan plasseres inn i disse fasene. Han sier likevel at forsøkene på å klassifisere stamming bidrar til å gi en verdifull forståelse av hvordan stamming kan utvikle seg. Guitar selv (2014) påpeker også at denne inndelingen er *”designed to help you understand why stuttering often (but not always) progresses (...)”* (s. 113).

Som et godt underlag for bedre forståelse av stamming, gir jeg her en nærmere beskrivelse av de forskjellige fasene i Guitar (2014) sin klassifisering.

### **Normal ikke-flyt (1,5 – 3,5 års alder)**

I følge Guitar (2014) vil det i løpet av årene når barn lærer å snakke, ofte være varierende grad av mer eller mindre flytende tale. Dette er helt normalt og forekommer av ulike grunner som språkutvikling, motorisk utvikling eller andre faktorer som kan påvirke flyten. Normal ikke-flyt opptrer ofte i alderen mellom 1,5 og 3,5 år, og består av ganske lette repetisjoner av del-ord, enstavelsesord, flerstavelsesord, fraserepetisjoner, interjeksjoner, revisjoner, forlengelse og pauser med spenning. Det som skiller normal ikke-flyt fra stamming, er at barn på dette nivået gjerne har bare en eller to repetisjoner eller interjeksjoner, og det forekommer vanligvis ikke flere enn 10 brudd per 100 ord. Barnet vil da ikke nødvendigvis være spesielt bevisst om flyten er god eller dårlig.

### **Grensestamming (1,5 – 3,5 års alder)**

Barn med grensestamming er gjerne i alderen mellom 1,5 til 3,5 år. Barnet kan gjerne variere mellom normal ikke-flyt og grensestamming, og noen barn vil etter hvert slutte helt å stamme. Det finnes mange likhetstrekk mellom normal ikke-flyt og grensestamming. Karakteristika ved grensestamming er at barna har flere enn 10 brudd per 100 ord. Barna har ofte mer enn 2 repetisjoner, og forlengelse ser ut til å være mer fremtredende enn revisjoner (ufullstendige fraser). Et barn med grensestamming har få eller ingen sekundæratferder, men økt spenning utover det som er normalt, kan noen ganger være synlig. Barna ser ut til å ha lite eller ingen bevissthet om flytvanskene (Guitar, 2014).

### **Begynnende stamming (3,5-6 års alder)**

Guitar (2014) viser til at begynnende stamming gjerne kan forekomme i en alder mellom 3,5 og 6 år, og at barna begynner å få økte muskelspenninger, hurtigere taletempo og uregelmessigheter ved repetisjoner. I tillegg vil de første tegn til blokkeringer begynne å gjøre seg gjeldende. I starten viser dette seg gjerne når barnet er ivrig eller er under stress, men etter hvert kan dette bli en vanlig del av stammemønsteret til barnet. Stammingen kan forekomme oftere og barnet kan være mindre tolerant når det stammer. I perioder vil stammingen gjerne være mer tydelig og forekomme hyppigere, og dette fører til at flyten blir dårligere. Også sekundæratferd som øyeblikking eller hodenikking kan på dette stadiet tas i bruk for å komme ut av stammeøyeblikket. Barnet er gjerne bevisst sin stamming og kan



oppleve ulike følelser av frustrasjon. Som oftest vil det ikke være sterke negative følelser knyttet til stammingen.

### **Overgangsstamming (6 til 13 års alder) og Avansert stamming (eldre ungdom og voksne)**

Overgangsstamming forekommer gjerne i alderen mellom 6 og 13 år, og det mest fremtredende ved stammingen er hyppige blokkeringer. Det som er særlig fremtredende ved overgangsstamming, er at barnet har begynt å frykte stammingen og reagerer ved å prøve å unngå dette. Barnet lærer seg unngåelsesstrategier som kan bidra til å komme ut av blokkeringen, og disse strategiene anvendes gjerne også, som forsøk på å skjule stammingen. Når stammingen vedvarer inn i eldre ungdom og voksen alder betegnes dette som avansert stamming. Kjerne- og sekundæratferd vil gjerne bære preg av dypt inngrodde mønstre, og kan få betydning for utvikling av både selvtillit og oppfattelsen av seg selv som person (Guitar, 2014).

## 3 Stammebehandling for førskolebarn

Dette kapittelet gir et viktig og praktisk supplement til det teoretiske rammeverket, ved å beskrive ulike behandlingstilnærminger for stamming i en empirisk sammenheng.

Innledningsvis presenteres indirekte og direkte behandlingstilnærminger. Siden hovedmålet med oppgaven er å beskrives selve Lidcombe programmet, rettes fokus videre inn mot nettopp dette. Blant annet ved å beskrive hva Lidcombe programmet er, hvordan det er bygd opp og anvendes. Videre presenteres utfordringer i behandlingsprosessen, og fordeler med programmet. Deretter presenteres effektstudier av LP, samt noen kritiske synspunkter på programmet. Avslutningsvis redegjøres det for ulike former for nettverk logopedar anvender når de bruker LP.

### 3.1 Ulike behandlingstilnærminger

Selv om vi i dag ikke med sikkerhet vet hva som forårsaker stamming, kan det likevel tilbys behandlinger, som har som mål å eliminere eller redusere stamming (Packman & Attanasio, 2004; Guitar, 2014). Behandlingstilnærminger i førskolealder skiller gjerne mellom indirekte og direkte behandlingsformer.

Tanken bak indirekte behandling er at barnets flyt kan endres gjennom å håndtere miljøet fremfor å jobbe direkte med talen (Bernstein Ratner & Guitar, 2006). Ved indirekte behandling tilrettelegges derfor miljøet rundt barnet gjennom å endre på forhold som kan tenkes å påvirke flyten (Starkweather et al., 1990; Packman, 2012). Behandlingen fokuserer først og fremst på veiledning av foreldrene. Her rettes det fokus på å redusere angst og bekymring i forhold til stamming, og å hjelpe foreldrene med å tilrettelegge for et miljø, som reduserer miljømessige stressfaktorer, og som i neste omgang kan påvirke barnets taleflyt (Guitar, 2014). For barn med lett grad av stamming kan det i mange tilfeller være nok å fokusere på kun å endre viktige forhold i miljøet som kan antas å gi bedring (Starkweather et al., 1990). Det var lenge vanlig å anbefale indirekte behandling ved stamming. Hovedsakelig gjorde man dette fordi man trodde at holdningene og atferden til foreldrene kunne ha forårsaket stammingen. I tillegg var man av den oppfatning at førskolebarn ikke var særlig bevisst at de stammet, og fokus på stamming ville følgelig gjøre vondt verre (Ambrose, 2006).

I følge Guitar (2014) vil det være hensiktsmessig å gå over til direkte behandling hvis det er liten eller ingen effekt ved indirekte behandling etter 6 uker. Han mener også det er hensiktsmessig med en direkte tilnærming hvis barnet har en mer avansert stammeatferd, som hurtige og uregelmessige repetisjoner, flere forlengelser og ved de første tegn til blokkeringer. Sønsterud et al. (2014) anerkjenner både indirekte og direkte tilnærminger, men mener direkte behandling bør vurderes i tilfeller hvor barnet ser ut til å ha vedvarende stamming. De mener også det er viktig å ikke vente for lenge før direkte behandling iverksettes.

Ved direkte behandling vil fokus være på å forandre det uttalte språket for å oppnå bedre taleflyt (Packman, 2012). Det skilles ofte mellom ulike hovedtilnærminger ved direkte stammebehandling. Den ene er *flytforming* og den andre er *stammemodifisering*. I tillegg benytter mange også en *integrert tilnærming*, som er en kombinasjon av de nevnte tilnærmingene. I flytformende behandling er målsetningen spontan eller kontrollert taleflyt, og man jobber gjerne med teknikker som langsomt taletempo, myke overganger mellom en lyd/stavelse til en annen, og myke ansatser (Garsten & Lundström, 2008). Lidcombe programmet er et eksempel på flytformende behandling, og diskuteres videre i kapittel 3.2 Ved stammemodifiserende behandling er målet spontan eller kontrollert taleflyt, eller akseptabel stamming. Denne tilnærmingen tar først og fremst utgangspunkt i selve kommunikasjonen. Det viktigste behandlingsmålet er å senke redselen for å stamme, samt motvirke unngåelsesatferd. Det arbeides derfor mye både med følelser og atferd hos personen som stammer (Garsten & Lundström, 2008). Den integrerte tilnærmingen kombinerer flytformende og stammemodifiserende teknikker ut fra det behovet personen som stammer har (Garsten & Lundström, 2008).

I tillegg til de ovennevnte behandlingstilnærmingene er det utviklet flere behandlingsprogram hvor indirekte og direkte metoder anvendes i ulik grad. To av disse programmene, «Palin Parent-Child Interaction Therapy» og «Stuttering Prevention of Early Intervention» blir nærmere presentert her:

### **Palin Parent-Child Interaction Therapy**

Behandlingsprogrammet er beregnet på barn opp til 7 år, og er en blanding mellom indirekte og direkte behandling. Palin PCI er basert på en multifaktoriell årsaksteori, og behandlingen har som mål å øke foreldres evner til å håndtere stamming, redusere angst og barnets

stamming til mer normale forhold (< 3% stammede stavelser) (Guitar & McCauley, 2010; Botterill & Kelman, 2010). Behandlingen går blant annet ut på at foreldrene skal identifisere forhold i interaksjonen med barnet som fremmer flyt, slik at de kan bygge videre på dette. Direkte behandling introduseres først hvis barnets flyt ikke bedres (Guitar, 2014).

### **Stuttering Prevention of Early Intervention (D&M-modellen)**

Dette behandlingsprogrammet bygger på «Demands & Capacity» modellen, og er beregnet på barn fra 2 til 6 år (Gottwald, 2010; Starkweather et al., 1990). Behandlingen baserer seg på et teoretisk perspektiv om at barna er i utvikling og dermed utvikler evner relatert til tale og språkproduksjon. Disse dreier seg bl.a. om lingvistiske og motoriske evner (Guitar & McCauley, 2010). Behandlingen har som mål å hjelpe barnet å oppnå normal taleflyt, og tar utgangspunkt i barnets evne og kapasitet for flyt. Behandlingen innebærer å jobbe direkte og indirekte med barnet og familien (Guitar & McCauley, 2010). Barnet kan gjerne lære å snakke på en saktere og mer avslappet måte, og erstatte stamming ved å gjøre det mindre strevsomt når ord produseres. Foreldrene blir veiledet i hvordan de kan endre barnets miljø slik at kravene reduseres og barnets talekapasitet kan økes (Gottwald, 2010).

## **3.2 Lidcombe programmet**

### **3.2.1 Beskrivelse av Lidcombe programmet**

Lidcombe programmet (LP) ble utviklet på 1980-tallet av Mark Onslow og hans kollegaer i Sydney, Australia (Onslow, 2003b), og er et resultat av et tett samarbeid mellom forskere fra Universitetet i Sydney og logopeder fra stammeenheten ved Bankstown Health Service (Onslow, 2003a). Programmet er ikke utviklet på bakgrunn av stammingens årsak og natur, men bygger på atferdsrelaterte prinsipper som har blitt brukt i behandling av både barn og voksne (Onslow, 2003a; Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008; Packman et al., 2014). Onslow, Menzies og Packman (2001) definerer stamming som en talemotorisk vanske. Lidcombe programmet har en annen tilnærming til stamming enn det tradisjonell stammebehandling har, ved at barnet selv gjøres oppmerksom på stammingen (Guitar, 2003).

Lidcombe er et direkte intervensjonsprogram beregnet på førskolebarn som stammer, og har som mål å eliminere stamming. Selv om programmet i utgangspunktet ble utviklet for barn under 6 år, brukes det også i noen grad på barn i aldersgruppen 7 til 12 år. Det ser imidlertid ut til at programmet ikke er like effektivt i denne aldersgruppen (Onslow, 2003a; Lincoln,

Onslow, Lewis & Wilson, 1996). Programmet er ment å tilpasses hvert enkelt barn og familie, men behandlingsstrukturen er den samme (Onslow, 2003a; Onslow & Millard, 2012). Programmet er foreldrebasert, hvilket innebærer at det er foreldrene og ikke logopedens som gjennomfører selve behandlingen. Logopedens rolle er å lære opp foreldrene i LP, og å demonstrere behandlingen for foreldrene slik at de skal vite hvordan denne skal utføres (Onslow, 2003a). I LP er det et prinsipp om at barna skal ha glede av behandlingen. Det stilles derfor ingen krav til barna. De skal kun ha det gøy, og delta i samtaler med foreldrene (Harrison & Onslow, 2010). Foreldre anses som eksperter på egne barn, og på bakgrunn av foreldres kunnskap om egne barn, kan deres interesser enkelt inkluderes i de daglige behandlingsrutinene, og gjøre dem mer motivert for behandling. Den særegne relasjonen mellom barn og foreldre, som inkluderes i Lidcombe programmet, gjør behandlingen til noe barn og foreldre liker å gjøre. Sammen klarer de å kontrollere stammingen. Behandlingen foregår hovedsakelig hjemme og behandlingsmiddelet er verbale betingelser for stammefri tale og utvetydig stamming (Onslow, 2003a). Behandlingen fokuserer på barnets tale uten å endre andre ting i barnets miljø, som familierelasjon, foreldres kommunikasjonsstil, temperament eller lignende, med unntak av de verbale betingelsene. Endringer i miljøet gjøres kun hvis dette kommer i veien for Lidcombe programmet (Harrison, Onslow & Rousseau, 2007; Onslow, 2003a; Lincoln & Harrison, 1999; Packman et al., 2014).

Programmet består av to faser, nærmere beskrevet i kapittel 3.2.4 og 3.2.5, og kortfattet oppsummert her: I fase 1 gir logopedens foreldrene ukentlig veiledning på 45 til 60 minutter, og foreldrene lærer hvordan de skal ha daglige behandlingsøkter med barnet. Foreldrene får også i oppgave å vurdere barnets stamming fra dag til dag. Målet i fase 1 er å eliminere eller oppnå et veldig lavt nivå av stamming. Når barnet har oppnådd kriteriene for talen i fase 1, går barnet videre til fase 2. I fase 2 må foreldrene ta et enda større ansvar, siden det innebærer færre møter hos logoped. Siktemålet i denne fasen er å opprettholde behandlingseffekten (Onslow, 2003a).

Lidcombe programmet er, per i dag, den mest dokumenterte behandlingsformen, og har en ensartet behandlingsmanual, som er gjeldende uansett hvor i verden den benyttes. Manualen er utarbeidet med formål om å gjennomføre behandlingen, slik forskningen tilsier (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008; Harrison & Onslow, 2010). Manualen blir jevnlig oppdatert basert på ny forskning og erfaring (ASRC, 2012b). For å anvende LP, er det ingen krav om

sertifisering eller formell opplæring. Likevel anser logopeder, som har gjennomført slik opplæring, dette som uvurderlig. Det anbefales derfor på det sterkeste at logopeder får en slik opplæring (Harrison & Onslow, 2010). I dag består opplæringen av et todagers kurs i regi av The Lidcombe Program Trainers Consortium (Packman et al., 2014). Harrison og Onslow (2010) anbefaler logopeder å søke kontinuerlig opplæring, og konsultere mer erfarne logopeder som anvender LP.

### **3.2.2 Vurdering av barnets stamming**

Vurdering av barnets stamming er en viktig del av Lidcombe programmet, og gir logopeden god oversikt over stammingens sværhetsgrad. Denne oversikten danner grunnlaget for beslutninger vedrørende behandlingen, hvilke mål som skal settes, tilretteleggelse for god kommunikasjon om stammingen, og gir en basis for å fastslå om behandlingen har effekt eller ikke (Lincoln & Packman, 2003).

I dag benyttes det kun «severity ratings» (SR) for å vurdere sværhetsgraden ved barnets stamming (Bridgman, Onslow, O'Brian, Block, & Jones, 2011). Vurderingen av barnets stamming gjøres hver dag av foreldrene ved hjelp av en 10-punktskala, hvor «SR1» representerer «ingen stamming», «SR2» representerer «ekstremt mild stamming», og «SR10» representerer «ekstremt kraftig stamming» (Guitar & McCauley, 2010). I hver logopedtime tar foreldrene med skjemaet med SR fra den forhenværende uken, slik at disse kan diskuteres sammen med logopeden (Lincoln & Harrison, 1999; Lincoln & Packman, 2003). I logopedtimene vurderes også barnets stamming av både foreldre og logoped, slik at logopeden kan forsikre seg om at de har lik forståelse av stammingens sværhetsgrad. Hvis det er stor ulikhet mellom foreldres og logopeds vurdering av stammingen, diskuteres og løses dette i fellesskap. At foreldre og logoped har vurdert SR noenlunde likt, gjør det mulig for dem å kommunisere tydeligere rundt barnets tale (Lincoln & Harrison, 1999).

Tidligere vurderte man også stammingen ut ifra en prosentandel av stammede stavelser (%SS), men denne formen for vurdering har i senere tid blitt valgfri. Man ser blant annet ikke lenger på %SS som nødvendig for å avgjøre om behandlingen er innenfor den akseptable standarden (Bridgman et al., 2011).

### 3.2.3 Verbal respons-betinget stimuli

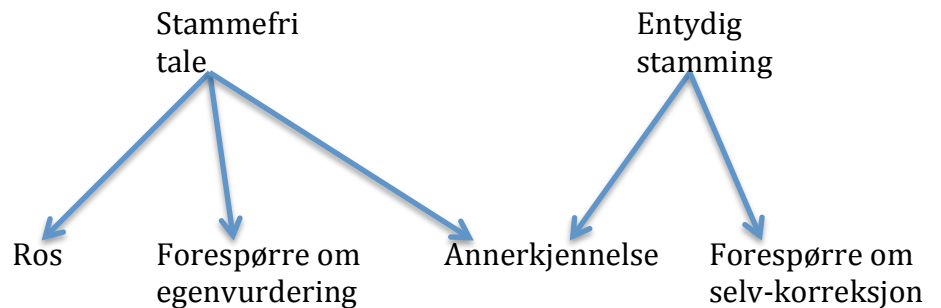
Det grunnleggende behandlingsmiddelet i LP er i følge Onslow (2003c), verbal respons-betinget stimuli. Dette støttes også av forskning, som viser at de verbale betingingene bidrar til behandlingseffekten (Harrison, Onslow, & Menzies, 2004). Verbale betinginger innebærer at foreldrene kommer med ulike tilbakemeldinger, betinget av hvilken respons barnet har, henholdsvis for stammefri tale og utvetydig stamming (Packman et al., 2014). Ettersom LP er ment å være en positiv og morsom opplevelse for barnet, er den viktigste responsen foreldrene kommer med rettet mot stammefri tale. Foreldrene skal i størst mulig grad komme med flest tilbakemeldinger på barnets stammefrie tale (omtrent 5:1), og i vesentlig mindre grad fokusere på barnets stamming. Fordi det ved noen tilfeller kan være vanskelig å skille mellom stamming og normal ikke-flyt, skal de verbale tilbakemeldingene kun benyttes når foreldrene er helt sikre på at barnet deres stammer. Ettersom verbale tilbakemeldinger i høyere grad skal ta sikte på stammefri tale, skal kun en liten andel av barnets utvetydige stamming utløse foreldrenes respons (Onslow, 2003c).

For at kommunikasjonen med barn skal samsvare med barnas forutsetninger, har man i LP valgt å benytte et språk som er rettet inn mot yngre barn, et språk som barna kan forstå. Når foreldrene kommer med verbale tilbakemeldinger på stammefri tale brukes det derfor gjerne ord som «mykt» eller «ingen hopping», mens det for utvetydig stamming gjerne blir brukt ord som «humpete», «hoppet på ordet», «der satt du fast på ordet» eller «stamming» (Onslow, 2003c).

Hvilke verbal respons-betinget stimuli foreldrene skal bruke avgjøres av hvilken respons barnet gir. Onslow (2003c) påpeker viktigheten av å bruke den riktige formen for tilbakemelding da det i LP er fire ulike typer for betinging. Nedenfor, i figur 1 (min oversettelse, Onslow, 2003c, s. 73), følger en oversikt over de verbale tilbakemeldingene foreldrene gir på bakgrunn av barnas respons.

BARNETS  
RESPONS

FORELDERS  
VERBALE  
RESPONS-BETINGING



Figur 1. Barnets respons og foreldres verbale respons-betinging i Lidcombe programmet

*Å anerkjenne stammefri tale og stamming* gjøres på en moderat måte. Ved å anerkjenne barnets respons gir man en nøytral tilbakemelding på enten stammefri tale eller stamming. Dette kan enkelt gjøres ved å si «det var mykt», «myk snakking», «der var det en liten hump», «jeg hørte et ord som satt fast» eller «ingen humper». Onslow (2003c) hevder at fordelene ved denne teknikken er at det ikke er forstyrrende på samtaleflyten. *Rosing av stammefri tale* innebærer å vurdere barnets respons på en positiv måte. Rosing brukes også om barnet spontant korrigerer sin egen tale, samt om barnet naturlig evaluerer sin egen tale. Ros gis gjerne i form av å si «flott myk snakking» og «Bra! Ingen humper; det hørt bra ut». Ros kan imidlertid virke distraherende på samtaleflyten (Onslow, 2003c). For å være sikker på at barnet kun evaluerer tale som er stammefri, skal foreldrene utelukkende spørre barnet om å vurdere egen tale når barnet har stammefri tale. Dette begrunner Onslow (2003c) med at målet ved LP er stammefri tale, og han mener det derfor er naturlig at barnet retter oppmerksomheten mot dette, og ikke mot problemet. *Forespørsel om egenvurdering av stammefri tale* kan gjøres ved å si «Var det mykt?», «Var det noen humper der?» eller gjerne «Var det humpete?» (Onslow, 2003c). Onslow (2003c) mener at å spørre barnet om å korrigere sin egen tale er den mest virkningsfulle strategien i LP. Dette gjøres ved å forlenge anerkjennelsen når stamming forekommer ved å spørre om barnet kan korrigere talen. Hvis barnet ikke ønsker å gjøre dette, skal dette selvsagt aksepteres. Måter å forespørre om selv-korreksjon på, kan være å si «Det var humpete. Vil du prøve det igjen?», «Prøv å si "hund" igjen uten noen humper», eventuelt «Du satt fast på ordet. Prøv å si "ball" igjen». Om barnet korrigerer stammingen svarer foreldrene gjerne ved å si «Veldig bra, du ble kvitt humpene» eller «Nå var det perfekt». Selv i de tilfeller hvor barnet ikke klarer å korrigere stammingen skal foreldrene si noe oppmuntrende og støttende til barnet (Onslow, 2003c).



### **3.2.4 Fase 1: Strukturerte og ustrukturerte samtaler**

Ettersom den grunnleggende behandlingsstrategien i LP er de verbale tilbakemeldingene foreldrene gir betinget av barnas respons, implementeres betingingene i første omgang kun i form av strukturerte samtaler mellom barn og foreldre. Dette gjøres for å sikre at foreldrene klarer å gjennomføre de verbale betingingene på en riktig og sikker måte (Onslow, 2003c). De strukturerte samtalene utføres gjennom daglige 10-15 minutters økter hvor barn og foreldre har felles oppmerksomhet rettet mot en aktivitet. Aktivitetene kan innebære å spille spill, leke med Lego, samtale om en bok og lignende, og hensikten er å få barnet til å snakke med en uanstrengt stammefri tale (Lincoln & Harrison, 1999).

Når foreldrene først tar i bruk de verbale betingingene, anser Onslow (2003c) det som nyttig at foreldrene først lærer hvordan de kan anerkjenne og rose barnas stammefrie tale, slik at det fokuseres på det positive. Deretter introduseres foreldrene for hvordan de skal anerkjenne stamming, og til sist, hvordan de kan spørre barnet om å korrigere stammingen. Onslow (2003c) bemerker her viktigheten av et godt samarbeid mellom foreldre og logoped, slik at man kan være sikker på at barnet liker metoden. Tegn på at barnet reagerer negativt på behandlingen indikerer gjerne at de verbale betingingene anvendes feilaktig, og kan føre til stort ubehag for barnet. Hensikten med de strukturerte samtalene er å sikre at barnet hovedsakelig produserer stammefri tale, og oppnås ved å tilpasse vanskegraden i samtalen i takt med barnets forbedring (Lincoln & Harrison, 1999; Onslow, 2003c). Eksempelvis kan en strukturert samtale begynne med å rose korte stammefrie setninger, for så å rose barnets stammefrie tale etter hvert som barnet produserer lengre og lengre talesegmenter (Onslow, 2003c). Foreldrene bruker gjerne varierte språklige ledetråder som for eksempel at barna skal fullføre en setning, svare på spørsmål med bare to svaralternativer, bildebenevning eller lignende (Harrison, Onslow, & Rousseau, 2007; Guitar, 2014).

Etter hvert som barnets stamming reduseres, reduseres også strukturen på øktene hjemme, og de verbale respons-betingingene overføres til mer ustrukturerte samtaler. Dette skjer imidlertid først når logopeden er sikker på at foreldrene mestrer å gi verbale betinginger på korrekt måte, at barnet liker behandlingen og er kjent med de grunnleggende metodene i LP, og stammingen har minket i sværhetsgrad (Lincoln & Harrison, 1999; Onslow, 2003c). Fordi behandlingen nå beveger seg over i hverdagslige situasjoner, og ikke lenger består av korte økter, anses det som viktig at de verbale betingingene for ustrukturerte samtaler, følger

samme strategiske oppbygging som når de introduseres i strukturerte samtaler (Onslow, 2003c). Sammenlignet med de strukturerte samtalene, er de verbale betingingene i hverdagslige samtaler færre og med lengre mellomrom. For å unngå at barnet opplever at foreldrenes verbale betingelser blir for invaderende og intense, må logopeden tilpasse mengden tilbakemeldinger i forhold til hver enkelt familie (Onslow, 2003c). Med veiledning fra logopeden kan foreldrene variere hvor ofte og i hvilke sammenheng barnet får betingede stimuli. Dette kan for eksempel være under lek på lekeplassen, ved måltider eller i andre hverdagslige sammenhenger (Lincoln & Harrison, 1999).

### **3.2.5 Fase 2: Vedlikehold av behandlingseffekten**

Fase 2 av Lidcombe programmet er en av de viktigste komponentene i behandlingen (Guitar, 2014). Dette er fordi stamming i mange tilfeller viser seg å være et tilbakevendende problem (Jones et al., 2008). Fase 2 av programmet er derfor designet for å vedlikeholde behandlingseffekten fra fase 1 og betegnes følgelig, som vedlikeholdsfasen. Denne delen av programmet skal sikre tilstrekkelig overvåking av barnets tale, slik at man raskt skal kunne oppdage tegn på tilbakefall, som innebærer en økning i SR (Webber & Onslow, 2003). Det ansees særlig problematisk om fase 2 ikke implementeres på riktig måte. Barnet vil da kunne få tilbakefall, som medfører at stammefrekvensen øker. Det verst tenkelige utfallet oppstår når foreldrene stopper behandlingen etter at fase 1 er gjennomført. Da er det spesielt viktig at logopeden forklarer de mulige konsekvensene overfor foreldrene på en forståelig måte (Webber & Onslow, 2003).

For å kunne gå videre til fase 2 av programmet må SR i løpet av uken ligge på 1 eller 2, hvor minst fire av dagene er SR1. Når stammingen har kommet ned på et så lavt nivå, bør dette holde seg stabilt i 3 uker før man går videre til fase 2. På denne måten er man sikker på at man har kontroll på stammingen før man går videre i behandlingen (Webber & Onslow, 2003; Packman et al., 2014). Når barnet har oppnådd disse talekriteriene og foreldrene føler seg klare til å gå videre med behandlingen, blir møtene med logoped færre, så fremt resultatet av målingene fortsetter å være lave (Bernstein Ratner & Guitar, 2006). Varigheten på timene vil også være kortere (30-minutters timer), og de verbale respons-betingingene vil gradvis reduseres. Dette skjer i samråd med logopeden så lenge det ikke finnes tegn på tilbakefall (Webber & Onslow, 2003; Bernstein Ratner & Guitar, 2006). Hvis det i løpet av denne perioden skulle vise seg at barnet får tilbakefall vil det være nødvendig å øke logopedtimene

igjen. Det kan også være nødvendig for en kortere periode å gå tilbake til tidligere stadier i behandlingen, hvilket innebærer strukturerte og ustrukturerte økter (Webber & Onslow, 2003; Bernstein Ratner & Guitar, 2006).

### **3.2.6 Tidspunkt for oppstart av behandlingen med LP**

Når logopeder skal vurdere om og når det bør settes i gang behandling med Lidcombe programmet, bør det tas hensyn til faktorer som naturlig bedring, effekten av LP, tid som kreves for bedring med LP, psykologiske påvirkninger som stamming kan påføre barnet og/eller familien, og eventuelt tilstedeværelse av andre vansker (Packman, Onslow & Attanasio, 2003a). Packman et al. (2003a) mener at det kan være gunstig å vente med behandling en viss tid for å se om barnet vil oppnå naturlig bedring. På denne måten unngår man å utsette familien for LPs ellers høye krav. Kingston, Hubert, Onslow, Jones og Packman (2003) fant i sin undersøkelse at barn som hadde stammet i mer enn 12 måneder, brukte kortere tid på å fullføre programmet, enn barn som hadde stammet over en kortere periode. Å utsette behandlingen for en viss tid, ser derfor ikke ut til å svekke barnas behandlingsrespons, men tvert imot vil kunne ha positiv effekt. Men, uansett bør behandlingen igangsettes før 6 års alder, spesielt på bakgrunn av at behandlingens effekt primært er dokumentert gjennom undersøkelser på førskolebarn (Packman et al., 2003a).

Stammingens psykologiske innvirkning på barn og familier varierer individuelt, og logopeder må derfor ta avgjørelser basert på vurdering av hvert enkelt tilfelle (Packman et al., 2003a). Ofte vil det være gunstig å starte behandling om barnet viser tegn til negative psykiske reaksjoner på stammingen (Ambrose, 2006; Guitar, 2014).

Språk- og talevansker forekommer også hos barn som stammer (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008; Guitar, 2014). I et forsøk på å redusere stammingen kan barnet gjerne senke den grammatiske kompleksiteten eller unnlate å si enkelte ord. Dette vil imidlertid kunne komplisere behandlingen for de øvrige språk- og talevanskene, og det kan derfor være fordelaktig først å behandle stammingen (Packman et al., 2003a). Å prioritere behandling av stamming fremfor annen behandling anbefales også fordi stammingen ellers kan forverres, og utvikle seg til en kronisk lidelse (Guitar, 2014). I tilfeller der logopeden mener behandlingen med fordel kan utsettes noe, bør stammefrekvens og sværhetsgrad løpende overvåkes,

sammen med tegn til ubehag eller bekymring hos barn og/eller familie (Packman et al., 2003a).

### **3.2.7 Behandlingstid**

Studier som kan anvendes som referansemål (benchmarks) gjør det mulig å sammenligne behandling mot faste standarder (Koushik, Hewat, Shenker, Jones, & Menzies, 2011).

Logopeden får da et nyttig verktøy til å vurdere effekten av egen behandling mot. «Fungerer behandlingen som antatt?» «Når kan vi forvente å se en reduksjon i stammegrad?»

For de fleste barn som behandles med LP vil det ta mellom 4 og 7 måneder (16-30 logopedtimer) å fullføre fase 1, og videre 10 til 12 måneder (7-10 logopedtimer) for å fullføre fase 2 (Harrison & Onslow, 2010). Tre uker etter behandlingsstart kan man forvente å se ca. 30 % reduksjon i graden av stamming (Onslow, Stocker, Packman & McLeod. 2002; Harris, Onslow, Packman, Harrison, & Menzies, 2002).

Fire nyere studier, gjennomført i henholdsvis Tyskland (1), Australia (1) og Nord-Amerika (2), viste at antall logopedtimer som var nødvendig for å fullføre fase 1 av Lidcombe programmet, lå på gjennomsnittlig 13, 16, 12, og 17 timer (Lattermann, Euler, & Neumann, 2008; Rousseau, Packman, Onslow, Harrison, & Jones, 2007; Koushik et al., 2011; Miller & Guitar, 2009). Dette er et noe høyere timeantall enn det som tidligere har blitt rapportert, hvor gjennomsnittlig behandlingstid var på 11 logopedtimer (Kingston et al., 2003). Lattermann et al. (2008) foreslo en mulig sammenheng med kulturelle forskjeller som grunn til at barna i deres undersøkelse krevde lengre tid til å fullføre fase 1. De antydte at både mengden ros, og måten ros ble anvendt i barneoppdragelsen kunne være forskjellig fra den germansk europeiske regionen til den australske. Rousseau et al. (2007) har, i likhet med Harrison og Onslow (2010), påpekt at også endringer i behandlingsmanualen kan ha ført til et høyere timeantall nå enn før. Miller og Guitar (2009) mente at logopedenes begrensede erfaring med programmet kunne ha ført til at behandlingen tok lengre tid enn «normalt». Barna i deres undersøkelse hadde også høyere prosent stammede stavelser (%SS) enn i sammenlignbare tidligere undersøkelser, noe de antok kunne være en medvirkende årsak til den økte behandlingstiden.

Både barn som har stammet lenge, og barn som har en mer alvorlig grad av stamming, ser ut til å trenge mer tid på å fullføre fase 1. Kjønn og alder ser derimot ikke ut til å influere på behandlingstiden (Jones, Onslow, Harrison, & Packman, 2000; Kingston et al., 2003; Rousseau et al. 2007; Koushik et al., 2011; Miller & Guitar, 2009). Et interessant funn av Rousseau et al. (2007) viste at barn som hadde et mer avansert, ekspressivt språk, i forhold til gjennomsnittlig ytringslengde (MLU), lot til å bruke kortere tid på å fullføre fase 1. Dette kan indikere at barn med bedre språkutvikling responderer raskere på behandling.

### **3.3 Utfordringer i behandlingsprosessen**

Det ser ut til at logopeder og foreldre opplever ulike utfordringer relatert til behandlingsprosessen. Utfordringer i behandling er ikke forbeholdt Lidcombe programmet, eller stamming for den saks skyld, men forekommer trolig i alle former for (logopedisk) behandling. I denne delen beskrives noen av utfordringene som fremkommer i implementeringen av Lidcombe programmet.

#### **Vurderinger av stamming**

Det har blitt rapportert om utfordringer i forhold til foreldre som ikke klarer å følge opp vurdering av stamming gjennom konsekvent å registrere stammingens sværhetsgrad i 10-punktsskalaen/SR (Harrison, Ttofari, Rousseau & Andrews, 2003; Harrison & Onslow, 2010). Noen ganger har ikke dette blitt gjennomført i det hele tatt, i andre tilfeller meldes det om at dette gjøres uregelmessig. Ved noen anledninger har logopeden i tillegg vært i tvil i forhold til reliabiliteten av SR (Harrison et al., 2003). Dette medfører at logopeden må ta beslutninger på bakgrunn av usikker informasjon om hvordan barnets stamming fortoner seg, utover det som blir observert i timen (Lincoln & Packman, 2003).

#### **Opplæring av foreldre og forståelse av behandlingen**

Utfordringer kan være relatert til å gi opplæring i LP til foreldre. Opplæringen kan påvirkes av foreldre som ikke snakker samme språket, eller som har barn med flere vansker. Foreldre som ikke klarer å møte til logopedtimer av ulike grunner kan også påvirke opplæringen (Hewat, Harris, & Harrison, 2003). Foreldre må være i stand til å få en forståelse av hvordan de skal gjennomføre behandling med LP. Dette innebærer å se at det er en sammenheng mellom vurdering av talen og behandlingen, i tillegg til at konsekvent oppfølging av behandlingen er helt essensielt for at barnet skal ha en vellykket behandling. Logopeder har

imidlertid opplevd foreldre som har hatt vansker med hvordan, og i hvilken grad de skal gi verbale tilbakemeldinger. Som en konsekvens av dette hadde barna lite eller ingen fremgang i behandlingen (Harrison et al., 2003; Shenker & Wilding, 2003). For å sikre at programmet utføres på en trygg og sikker måte, er det helt vesentlig at de som gjennomfører behandlingen får opplæring fra logopeden med hensyn til hvordan behandlingen skal gjøres (Onslow, 2003a; Onslow, 2003c). Til tross for dette, hender det at andre enn den/de som har fått opplæring i LP, utfører behandling med barna (Harrison et al., 2003).

### **Utfordringer knyttet til verbale tilbakemeldinger**

Noen ganger kan det oppstå problemer når foreldre presenterer verbale tilbakemeldinger for stammefri tale og/eller stamming. Logopeder har rapportert om tilfeller hvor foreldre ikke har gitt tilstrekkelige tilbakemeldinger for stammefri tale. Tilbakemeldingene blir da presentert sjeldent, eller i samme mengde som for stamming, og resulterer i at barnet ikke ønsker å fortsette med behandling. Noen ganger bruker foreldrene kun tilbakemeldinger i strukturerte samtaler, og følger ikke opp dette i de ustrukturerte samtalene. På den annen side fører overdreven bruk av betingning for stamming, eller en negativ presentasjonsform overfor barnet, til at behandlingen blir ineffektiv. I tillegg kan også barnet reagere negativt på opplegget. Noen foreldre fokuserer gjerne også kun på stammingen, og ikke på stammefri tale. Dette medfører at relasjonen mellom barn og foreldre kan forvanskes (Harrison et al., 2003).

### **Behandling som ikke følges opp konsekvent**

I Goodhue, Onslow, Quine, O'Brian og Hearne (2010) sin undersøkelse var det flere av mødrene, som sa at de glemte å gjennomføre behandlingen. Når behandlingen ikke følges opp konsekvent, kan dette føre til lite eller ingen fremgang i behandlingen. Slik mangelfull oppfølging fra foreldrenes side er en utfordring for mange logopeder, og fører i mange tilfeller til at behandlingen må baseres på et minimum av kanskje en til to økter per uke (Harrison et al., 2003). Dette samstemmer med Rousseau, Packman, Onslow, Dredge og Harrison (2002) sine funn hvor logopeder ofte rapporterer om foreldrenes mangel på overholdelse av programmet. Også i Canada ser dette ut til å være en utfordring og logopeder melder om familier som er lite engasjert og ikke følger opp behandlingen (Shenker & Wilding, 2003). I noen tilfeller ser det ut til at barn har blitt henvist til fase 2 uten å ha oppnådd kriteriene for dette. Fordi de verbale tilbakemeldingene i denne delen av

programmet gradvis trekkes tilbake, kan dette resultere i at stammefrekvensen øker. Problemer kan også oppstå etter at barnet har oppnådd kriteriene for fase 2, ved at foreldrene slutter å gi verbale tilbakemeldinger, uten å fullføre hele programmet. Dette kan også medføre at stammefrekvensen på nytt øker (Harrison et al., 2003).

### **Andre vansker/tilleggs vansker**

Harrison et al. (2003) peker på utfordringer ved å behandle et barn med andre tale- og språkvansker samtidig som han/hun behandles for stamming. Hovedvekten av barnerealterte variabler, som påvirket utfallet av behandling i Rousseau et al. (2002) sin undersøkelse, handler om tilstedeværelse av andre vansker. Fordi behandling av to samtidige vansker kan være krevende, anbefales det ofte i LP først å starte med behandling av stammingen. Dette har sammenheng med at stammebehandling er mer effektiv med yngre barn, og fordi man kan starte eller gjenoppta den andre behandlingen så snart man har kommet til fase 2 av LP (Harrison et al., 2003; Packman et al., 2003a; Hewat et al., 2003; Onslow & Harris, 2010).

### **Behandling av tvillinger/søsken**

Behandling av flere barn samtidig har også vist seg krevende. Dette kan la seg gjøre, men avhenger av forholdene i den enkelte familie, deres rutiner og hva foreldrene selv ønsker å gjøre. Alternativet blir å behandle barna separat (Harrison & Onslow, 2010; Harrison et al., 2003). Flere av mødrene i Goodhue et al. (2010) sin undersøkelse opplevde også utfordringer når søsken av barnet som stammet var til stede under behandlingen. De følte da at det var vanskelig å konsentrere seg ordentlig om det barnet som hadde behov for behandling.

### **Forventninger til behandling**

Hvilke forventninger foreldre har til behandlingen kan få betydning for hvor mye engasjement som legges ned, og kan dermed tenkes å påvirke utfallet. Forventningene kan spenne fra å ha tro på at behandlingen skal fungere, til usikkerhet eller tvil om at den blir suksessfull. I Harrison et al. (2003) sin undersøkelse, kom disse forventningene til uttrykk. I tillegg ble en av foreldrene etter hvert motløs fordi behandlingen tok lengre tid enn forventet. Flere logopeder fra Rousseau et al. (2002) sin undersøkelse, opplevde at foreldres mangel på motivasjon var med på å påvirke behandlingsutfallet.

## **Tidsutfordringer**

LP medfører store tidskrav på foreldrene, da behandlingen krever ca. 12 logopedtimer i fase 1. Disse logopedtimene kan være særlig utfordrende for familier med flere barn og/eller begrensede ressurser, og utvilsomt enda mer krevende i den intensive fase 1, når de selv både må gjennomføre de daglige øktene med barnet, og vurdere stammegraden fra dag til dag (Guitar & McCauley, 2010). Hansen & Herland (2003) fant også i sin undersøkelse at den største utfordringen for foreldrene, var å sette av tilstrekkelig tid i hverdagen til behandling. Dette går videre igjen i både Goodhue et al. (2010) og Koushik, Shenker og Onslow (2009) sine undersøkelser, hvor foreldre har vansker med å få programmet til å passe inn i allerede travle hverdager. I tillegg opplever også mange logopeder at Lidcombe programmet krever mye behandlingstid, og ikke alle har mulighet til å følge opp behandlingen hver uke (Rousseau et al., 2002). Dette kan være en utfordring for logopeder, dersom arbeidsstedet har restriksjoner på tidsbruk og behandlingsfrekvens per klient (Shenker & Wilding, 2003; Hayhow, Kingston & Ledzion, 2003; Packman et al., 2003b).

## **Kulturelle og språklige forskjeller**

Mange samfunn er i dag både flerkulturelle og flerspråklige. Dette bidrar gjerne til at behandlingen blir litt mer utfordrende og kan føre til at behandlingen må modifiseres noe (Shenker & Wilding, 2003). I LP er det nødvendig at forholdet mellom foreldre og logoped bygger på gjensidig tillit og samarbeid. Utfordringer kan imidlertid komme til uttrykk ved at en av partene er underdanig, eller er motvillige til å samarbeide. I tillegg kan ulike kommunikasjons- og samspillsformer mellom barn og voksne være uhensiktsmessig i behandlingen. I LP skal foreldre komme med støttende, verbale tilbakemeldinger gjennom hverdagslige samtaler, noe som kan føles vanskelig og ukjent for foreldre med annen kulturell bakgrunn (Wahlhaus, Girson & Levy, 2003; Lattermann et al., 2008; Shenker & Wilding, 2003; Hewat et al., 2003). Hvis barnet eller familien ikke snakker samme språk som logopeden, kan det være krevende å vurdere nøyaktig stammefrekvens og sværhetsgrad, og det kan derfor være nødvendig å bruke tolk. Bruk av tolk kan imidlertid gjøre det vanskelig å komme til en omforent forståelse med pålitelig enighet, spesielt i de tilfeller der tolken er utrenet, og logopeden ikke kjenner det fremmede språket (Shenker, 2004). I tillegg vil trolig behandlingen ta lengre tid når alt må forklares på to språk (Shenker & Wilding, 2003).



### **Foreldres selvtillit**

Med LP følger et stort ansvar. Dette ansvaret legges i høy grad på foreldrene da det er de som gjennomfører de daglige behandlingsøktene. Flere av foreldrene i Goodhue et al. (2010) sin undersøkelse, mente ansvaret var så stort, at det medførte både angst og stress. Tyngden av ansvaret førte også til at noen av mødrene følte de mislyktes, hvis behandlingen ikke var virkningsfull. Det ble også funnet at mødrenes selvtillit fulgte barnets stammegrad. Hvis stammingen bedret seg, bedret også mors selvtillit seg. Ble stammingen verre, fikk mødrene dårligere selvtillit. Det samme fenomenet var også fremtredende i Hayhow (2008) sin doktorgradsavhandling om foreldres erfaringer med Lidcombe programmet. Støtte til foreldrene er derfor en vesentlig ingrediens i LP (Guitar & McCauley, 2010).

## **3.4 Fordeler med Lidcombe programmet**

Mange logopeder og foreldre ser ut til å være tilfreds med, og har positive erfaringer med Lidcombe programmet. Flesteparten mener også at programmet effektivt reduserer eller eliminerer stamming hos barna (Packman et al., 2003b; Shenker & Wilder, 2003; Hayhow et al., 2003; Guitar, 2003; Goodhue et al., 2010; Onslow, Attanasio, & Harrison, 2003; Solheim, 2008; Kvalø, 2013; Borgeteien, 2010; Rousseau et al., 2002).

I Borgeteien (2010) sin undersøkelse ble det identifisert flere fordeler med programmet. Blant annet kom det frem at LP hadde positiv effekt på barnets taleflyt, og medfølgende positive «sideeffekter». Behandlingen førte til åpenhet rundt stamming og bevisstgjøring hos foreldre og barn. I tillegg la programmet til rette for at det var tett oppfølging fra logoped, samt tilpasning til førskolebarns forutsetninger. Wahlhaus et al. (2003) har også redegjort for flere ting logopeder anså fordelaktig ved LP. Fordelene dreide seg om et redusert antall logopedtimer sammenlignet med tradisjonelle metoder, økt foreldreinvolvering, og foreldre som ble styrket og fikk selvtillit, eller «empowerment» gjennom det pålagte ansvaret i behandlingsprosessen. De mente også det var mer positivt å kunne tilby en behandling til yngre barn, enn det som lot seg gjøre med tradisjonelle metoder. I tillegg mente de det var fordelaktig at LP kunne gjennomføres på mange ulike språk. Bakhtiar og Packman (2009) mener også, at programmet er godt egnet i forhold til tospråklige barn, og ser det som en styrke at programmet kan anvendes i samsvar med foreldrestil og kulturelle verdier.

I likhet med logopedene i Wahlhaus et al. (2003) sin undersøkelse, mener Guitar (2003) det er en stor fordel med LP at foreldre føler seg «empowered». Dette begrunner han med at foreldre er i stand til å gjøre noe konkret ved å jobbe direkte med barnets tale. Foreldres bekymringer ser ut til å reduseres som resultat av den daglige og ukentlige vurderingen av stammingen, og foreldrene opplever at det er deres innsats, som fører til stor nedgang i stammeatferden. Foreldre selv peker på fordeler, som at programmet har ført til økt kvalitetstid med barna, at de har fått økt kunnskap og er blitt bedre rustet til å håndtere stamming, samt at teknikkene som anvendes i Lidcombe programmet også forbedrer egne foreldreferdigheter (Goodhue et al., 2010). Onslow et al. (2003) har rapportert om mødre som opplever at barna deres etterspør både tilbakemelding og behandling. Det fremkommer også at barna opplever behandlingen som gøy, og at de er stolt over det de klarer å oppnå. Dette samsvarer også med funn gjort av Goodhue et al. (2010).

## **3.5 Effektstudier**

### **3.5.1 Hvilken effekt har Lidcombe programmet?**

Flere studier av Lidcombe programmet har undersøkt flyteffekten på kort sikt for å se om den er større enn som følge av naturlig bedring. I Harris, Onslow, Packman, Harrison og Menzies (2002) sin undersøkelse, ble 23 barn tilfeldig fordelt i enten en kontrollgruppe (13 barn), eller en gruppe som mottok Lidcombe behandling (10 barn), i løpet av en periode på 12 uker. Det fremkom av studien at reduksjon av stamming for barna som hadde gjennomført behandling med LP, var signifikant større enn effekten fra naturlig bedring. Reduksjonen i stammede stavelser (%SS) var nærmere dobbelt så stor for barna som hadde mottatt LP behandling (5,1 %SS), enn for barna som var i kontrollgruppen (2,6 %SS).

Jones et al. (2005) vurderte effekten av LP gjennom en randomisert, kontrollert studie (RCT). I studien ble 29 barn tilfeldig fordelt i en behandlingsgruppe, og 25 barn i en kontrollgruppe som avventet behandling. Resultatet viste en signifikant større forbedring blant barna i behandlingsgruppen, enn det som kan tillegges naturlig bedring. Effektstørrelsen for behandling var på 2,3% ni måneder etter randomiseringen, og oddsen for å oppnå ingen eller veldig lav grad av stamming, var mer enn syv ganger større i behandlingsgruppen enn i kontrollgruppen.

Lattermann et al. (2008) evaluerte effekten av LP gjennom en randomisert, kontrollert studie blant tyske førskolebarn. Her ble 23 av barna tilfeldig fordelt i en kontrollgruppe som avventet behandling, og like ens ble 23 barn fordelt i behandlingsgruppen. Målinger av %SS ble gjort henholdsvis i klinikken, og utenfor (hjemme), og viste en signifikant større nedgang av stamming i behandlingsgruppen sammenlignet med barna i kontrollgruppen. Målinger gjort av foreldre, viste at barna i behandlingsgruppen hadde en reduksjon på 6,8 %SS, og reduserte dermed stammeraten med 70,3% i løpet av 16 uker. Kontrollgruppen viste en reduksjon på 3,6 %SS, og reduserte stammeraten med 17,6% i løpet av studien. Målinger i klinikken viste en absolutt reduksjon på 6,8 %SS i behandlingsgruppen, og de reduserte stammeraten med 70,6% fra målinger gjort før behandling. Kontrollgruppen viste en absolutt reduksjon på 1,6 %SS, og reduserte dermed stammeraten med 25,4% fra første gang det ble utført måling.

Onslow et al., (2012) gjorde en metaanalyse av 4 tidligere studier av LP (Harris et al., 2002; Lattermann et al., 2008; Lewis, Packman, Onslow, Simpson, & Jones., 2008; Jones et al., 2005), og fant at barn som mottok LP behandling hadde 7,5 ganger større sjanse for å oppnå ingen, eller nesten ingen stamming i forhold til barn som ikke ble behandlet med LP. Studiene viser dermed at behandling med LP er mer effektivt enn ingen formell behandling for førskolebarn som stammer.

Franken, Kielstra-Van der Schalk, & Boelens (2005) sammenlignet Lidcombe programmet med behandling basert på «Demands & Capacity» (D&C) modellen i en eksperimentell undersøkelse. I denne studien ble 30 barn tilfeldig plassert i de respektive behandlingsmetodene. Etter 12 uker, viste resultatet at det var en signifikant reduksjon av stamming i begge grupper. Det var ikke noe som skilte verken stammefrekvens eller sværhetsgrad mellom de ulike behandlingsmetodene, og studien kunne dermed ikke bevise at den ene behandlingen var bedre enn den andre. Fordi studien manglet en kontrollgruppe, som ikke mottok behandling, dokumenteres det heller ikke om effekten av LP og D&C var større enn effekten av naturlig bedring (Harrison & Onslow, 2010).

### **3.5.2 Kan effekten overføres til allmennlogopedisk praksis?**

Behandlingsforsøk utført under reelle normalforhold, er forskjellig fra effektstudier som utføres under ideelle, kontrollerte laboratorieforhold (Langevin & Kully, 2003). Mye av

forskningen som er gjort på LP, har i de fleste tilfeller foregått under slike ideelle og strengt kontrollerte forhold. Forskningen gir en evidensbase for behandlingen, men er effekten også evident når man skal implementere behandlingen i ulike kliniske settinger? Det viser seg nemlig ofte å være et gap mellom strengt kontrollerte kliniske studier og implementeringen av dem under virkelige forhold (Glasgow, Lichtenstein, & Marcus., 2003). Rousseau et al. (2002) undersøkte australske logopeders bruk av LP utenfor de kliniske omgivelsene. Resultatene fra studien viser at logopedene generelt brukte komponentene som er beskrevet i behandlingsmanualen, men bare halvparten av informantene brukte programmet i det formatet, som var blitt forsket på. Selv om programmet ikke ble brukt i det formatet som det var blitt forsket på, viser studien at flesteparten (90%) av logopedene likevel vurderte programmet til å være effektivt.

Nylig gjennomførte O'Brian et al. (2013) en innledende studie, som undersøkte hvor godt resultatene fra randomiserte, kontrollerte studier kunne overføres til allmennlogopedisk praksis. Utvalget bestod av 31 australske logopeder, hvor 14 av dem hadde fått opplæring i LP gjennom å delta på LPTC (Lidcombe Program Trainers Consortium) workshops, og 17 hadde tilegnet seg kunnskap om programmet i andre sammenhenger. Utfallet fra studien viste at stammede stavelser (%SS) var noe høyere blant allmennpraktiserende logopeder, 1,7 %SS, sammenlignet med 1,5 %SS i Jones et al. (2005) sin randomiserte, kontrollerte studie. Studien viste imidlertid at barn som ble behandlet av logopeder med opplæring fra LPTC workshops, oppnådde bedre resultater (1,1 %SS) enn de som ble behandlet av logopeder uten denne opplæringen (2,4%SS). Resultatene antyder at når logopeder i allmennlogopedisk praksis har fått formell opplæring i programmet, kan deres resultater la seg sammenligne med resultater oppnådd i kliniske studier. Studien undersøkte også i hvilken grad logopedene holdt seg til prosedyrene beskrevet i behandlingsmanualen. Det var særlig to ting logopedene ikke så ut til å følge. Det ene gjaldt overholdelse av varigheten på en typisk logopedtime á 45-60 minutter, og det andre handlet om ukentlige logopedtimer med barna. Tendensen viste at oppimot halvparten av logopedene hadde 30-minutters timer fremfor 45- til 60-minutters timer, og i mange tilfeller møtte de bare barna annen hver uke. Det ble rapportert om flere grunner til dette, bl.a. behandlingskostnad, travle hverdager eller jobbforpliktelser, og stor saksmengde som førte til restriksjoner for ukentlig oppfølging. Dette så likevel ikke ut til å påvirke effekten av behandlingen i nevneverdig grad. Waller (2009) sier imidlertid at logopeder som ikke holder seg til behandlingsmanualen, øker sannsynligheten for at behandlingen blir mislykket, til tross for at dette ikke er hensikten. Noe O'Brian et al. (2013)

også fant bekymringsverdig vedrørende logopedenes overholdelse av behandlingsmanualen, var at bare halvparten av logopedene i studien forespurte foreldrene om å demonstrere behandlingen i logopedtiden.

### **3.6 Kritikk av Lidcombe programmet**

LP har opp gjennom årene blitt møtt med vaksomme blikk, som muligens kan ha sammenheng med Wendell Johnsons «diagnosogenic theory» (Guitar & McCauley, 2010; Woods, Shearsby, Onslow, & Burnham, 2002). Onslow og O'Brian (1997) er ikke overrasket over den kritiske holdningen mange har hatt, i og med at tilnærmingen fraviker fra den tradisjonelle praksis for stammebehandling.

Cook og Rustin (1997), har tidligere stilt spørsmål ved om metoden er trygg for førskolebarn, og har pekt på hvor ødeleggende det kan være for barna om behandlingen fører til negative tanker. Fordi det ble uttrykt bekymring for om behandlingen kunne være skadelig for barna, gjennomførte Woods et al. (2002) en innledende undersøkelse på hvordan LP ville påvirke barns psyke. I undersøkelsen ble det sett etter tegn til angst, aggresjon eller depresjon. I tillegg ble relasjonen mellom barn og foreldre undersøkt, for å se om det forekom endringer av negativ art, som følge av behandlingen. Resultatene av studien viste ingen tegn til slik angst hos noen av barna, og relasjonen mellom barn og foreldre ble heller ikke dårligere, men antydnet heller det motsatte, at de oppnådde en bedring. I en nyere undersøkelse gjennomført av Goodhue et al. (2010), ble det imidlertid registrert enkelte negative reaksjoner hos barna. Disse dreide seg om at barna i noen tilfeller reagerte negativt på de verbale tilbakemeldingene, og at de følte de hadde gjort noe galt. Også i Hansen og Herland (2003) sin undersøkelse ble det rapportert om at enkelte av barna reagerte negativt. Dette så likevel ikke ut til å gjøre dem mindre motivert for behandling, gav dem ikke dårligere selvtillit, og førte heller ikke til at barna mistet lysten til å snakke.

Laulund (2002) er kritisk til gjennomføringen av et program som Lidcombe, fordi han mener det kan føre til uheldige konsekvenser for barnets utvikling. Særlig i tidlig barndom, hvor relasjonen mellom barn og foreldre er fundamental for barnets utvikling av identitet og selvbylde. Han mener at LP kan føre til at et barn vil oppfatte stamming som noe negativt, noe som må rettes opp i, for å bli akseptert og anerkjent. I tillegg mener han at LP fjerner oppmerksomheten rundt barnets utvikling av identitet og selvbylde, og dets behov for

bekreftelse, ved heller å rose og gi oppmerksomhet til ønsket taleatferd. Felby (2003) imøtegår imidlertid denne kritikken, idet hun hevder at LP tar hensyn til hele barnet fordi programmet tilpasses hvert enkelt individ. Hun mener på bakgrunn av gode resultater og adskillig forskning, at man som logoped ikke må ignorere en metode som kan hjelpe barnet å redusere eller eliminere stamming.

Kritikken har også rettet seg mot forskningens kvalitet. Til tross for at det finnes et mangfold av rapporter som omhandler effekten av LP, har så å si alle hatt minst en av programutviklerne som medforfatter. Det melder seg derfor noen spørsmål når det gjelder forskningens kvalitet, fordi forskerlojalitet i mange tilfeller spiller en vesentlig rolle for resultatet (Bernstein Ratner, 2006). Flere studier av LP har blitt gjengitt (replicated), men mange av disse har også hatt en høy grad av deltakelse og forfatterskap fra utviklerne av LP. Funnene fra disse studiene viser heller ingen motstridende resultater (Bernstein Ratner, 2005).

### **3.7 Nettverk**

I England og Canada arrangeres det «Lidcombe Link Days» flere ganger i året for alle som bruker Lidcombe programmet (Shenker & Wilding, 2003; Hayhow et al., 2003). Disse fungerer som nettverk, og gjør at logopeder kan komme sammen, og dele erfaringer med bruken av programmet. Utfordringer og suksesshistorier deles, og problemstillinger knyttet til behandling diskuteres. I tillegg gis det anledning til å bli oppdatert på relevant forskning og klinisk praksis. Ytterligere støtte får logopeder gjennom et nyhetsbrev, kalt «Lidcombe News». Her gis det blant annet informasjon om møter, kurs og forelesninger om Lidcombe programmet, problemløsning og nyheter fra rundt omkring i verden. I tillegg deles erfaringer med Lidcombe programmet fra logopeder, foreldre og barn. Nyhetsbrevet sendes til logopeder som har fått opplæring i programmet. Tidligere nyhetsbrev kan også lastes ned fra The Montreal Fluency Centre (Hayhow, Kingston & Ledzion, 2003; Montreal Fluency Centre, 2014). Harrison og Onslow (2010) påpeker viktigheten av å ha andre i nettverket som man kan utveksle erfaring med.

## 4 Metode

Dette kapittelet omhandler studiens vitenskapelige ramme og metodiske tilnærminger. Jeg vil i det følgende beskrive og grunngi de metodiske valg jeg har tatt for å kunne besvare problemstillingen gitt i kapittel 1.2, og analysere datamaterialet. Først presenteres forskningstilnærming og metode. Videre beskrives de forberedelsene som ble gjort før datainnsamlingen, og hvordan dette ble gjennomført. Til slutt diskuteres studiens kvalitet og etiske hensyn, som er blitt tatt.

### 4.1 Forskningstilnærming og metode

Formålet med denne undersøkelsen er å øke bevisstheten og kunnskapen om Lidcombe programmet. Dette gjøres ved å løfte frem logopeders opplevelser og erfaringer med programmet. Jeg anser en kvalitativ metode som bedre egnet og mer hensiktsmessig enn en kvantitativ metode til å besvare det definerte forskerspørsmålet (jf. kapittel 1.2).

Den kvalitative metoden gir rom for dypere forståelse av erfaringer med programmet, og er nyttig med tanke på å få kunnskap om hvordan den enkelte erfarer LP. I kvalitativ forskning er målet å utvikle forståelsen av fenomener som knyttes til personers situasjoner i deres sosiale virkelighet (Dalen, 2011).

#### 4.1.1 Fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming

Fenomenologi som filosofi ble grunnlagt omkring år 1900 av Edmund Husserl, og har i senere tid blitt videreutviklet i flere retninger (Kvale & Brinkmann, 2009). Innenfor kvalitativ forskning innebærer fenomenologi å forstå sosiale fenomener fra aktørenes egne perspektiver, og å beskrive virkeligheten slik den oppleves av subjektene (Kvale & Brinkmann, 2009). Altså ønsker man innenfor fenomenologien å få tak i menneskets subjektive erfaring (Dalen, 2011). Med et fenomenologisk perspektiv fokuseres det på menneskers opplevelser og erfaringer knyttet til et bestemt fenomen (Postholm, 2010). Innen hermeneutikken legges det vekt på å finne forståelse og mening i data som samles inn (Tveit, 2011). Gjennom en hermeneutisk fortolkning, prøver forskeren derfor å komme frem til tolkninger av meningen av en tekst (Kvale & Brinkmann, 2009), og prøver å få tak i en dypere mening i informantens utsagn enn det som umiddelbart oppfattes (Dalen, 2011). Hjardemaal (2011) mener at fortolkningen foregår ved en vekselvirkning mellom *del* og

*helhet*. Vekselvirkningen går ut på at vi kan forstå enkeltdeler av en tekst ved å se teksten som helhet, men det vil også være mulig å forstå helheten bedre ved å se nærmere på enkeltdelene i teksten. Denne prosessen refereres ofte til som den hermeneutiske sirkel (Hjardemaal, 2011; Dalen, 2011). Dalen (2011) mener det ikke er en tydelig begynnelse eller slutt innenfor den hermeneutiske tolkningen, fordi denne vil fortsette å utvikle seg i et stadig samspill mellom helhet og separate deler, mellom meg som forsker og min førforståelse av forskningens innhold. Dette blir også ofte omtalt som den hermeneutiske spiral.

### **4.1.2 Kvalitativt forskningsintervju**

Jeg anser det kvalitative forskningsintervjuet som den mest hensiktsmessige metoden for å få en forståelse av informantenes erfaringer og opplevelser fra praktisk bruk av LP. Det kvalitative forskningsintervjuet har som formål å skape en forståelse for informantenes perspektiv på verden, gjennom å få innsikt i personens subjektive erfaringer. På den måten kan man gjennom intervjuet få tak i informantenes meninger og oppfatninger om det som undersøkes (Dalen, 2011). Det finnes ulike former for intervju, og jeg vurderte det semi-strukturerte intervjuet som formålstjenlig, fordi denne formen for intervju gjør det mulig for forskeren å få en dypere forståelse for enkeltindividers erfaringer og refleksjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale (2007, s. 21) definerer det semi-strukturerte intervjuet som *«et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene»*. I et semi-strukturert intervju vil forskeren derfor prøve å få frem beskrivelser av informantens livsverden og hvordan fenomenet oppleves fra vedkommendes ståsted (Krumsvik, 2014). Et semi-strukturert intervju har ikke en spesielt åpen form, men heller ikke en så lukket form, at man slavisk følger forhåndsdefinerte spørsmål. Intervjuet tar derimot utgangspunkt i en utarbeidet intervjuguide med tema og spørsmål, som er relevant for å besvare problemstillingen (Dalen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009; Krumsvik, 2014). Strukturen gjør det derfor mulig å stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet, i tillegg til at det kan stilles spørsmål, som man kommer på når man er i situasjonen (Krumsvik, 2014).

## **4.2 Før datainnsamlingen**

### **4.2.1 Førforståelse**

Innenfor fenomenologi og hermeneutikk sees det på som viktig at forskeren er bevisst sin egen førforståelse, da denne er med å danne grunnlaget for forståelsen og tolkingen av



datamaterialet. Førforståelse handler om de meningene og oppfatningene vi allerede har i forhold til det som skal studeres, og vi vil alltid være preget av vår egen forutinntatthet (Dalen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009; Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006). Nilssen (2012) mener at forskeren alltid vil møte det informantene forteller om, på bakgrunn av forestillinger og tanker, som eksisterer på forhånd, og førforståelsen vil derfor få betydning for hva slags mening vi finner i teksten (Johannessen et al. 2006). Førforståelsen vil omfatte det teoretiske rammeverket, men også erfaringer, verdier, kunnskaper og holdninger man har i forhold til det området som skal studeres (Nilssen, 2012). Min kunnskap om stamming og stammebehandling har jeg opparbeidet meg i løpet av utdanningen, og i dette forskningsprosjektet har det vært spesifikk fokus på direkte stammebehandling, som har ført til at jeg har fått et betydelig høyere kunnskapsnivå om dette temaet. Gjennom praksis under utdanningen, møtte jeg barn og unge som stammet, men ingen av dem var i førskolealder. Jeg fikk dermed ingen erfaring med stammebehandling av førskolebarn som stammer. Jeg har likevel gjort meg noen tanker underveis i studiet om ulike behandlingsformer for stamming, og kunnskapen og oppfatningene jeg har om stammebehandling, vil trolig være med å påvirke min egen førforståelse. I tillegg har jeg flere års erfaring med å jobbe som førskolelærer, og har i den sammenheng opparbeidet meg kunnskap og erfaring i forhold til å arbeide og samhandle direkte med barn og foreldre. Dette vil nok også bidra til å prege min førforståelse. Jeg har prøvd å være bevisst min egen førforståelse gjennom hele forskningsprosjektet, og jeg har bestrebet meg på å møte informantenes opplevelser og uttalelser på en mest mulig åpen måte, for derved også å få en best mulig forståelse av informantenes egne erfaringer, jf. Dalen (2011).

#### **4.2.2 Utvalg av informanter**

I følge Dalen (2011) er valg av informanter spesielt viktig innenfor kvalitativ forskning, fordi det er de som utgjør selve datagrunnlaget. Utvalget måtte ikke være for stort, da både gjennomføring og bearbeidelse av intervjuene ville bli tidkrevende prosesser. Samtidig måtte det ikke være for lite, fordi dette kunne utgjøre et for lite grunnlag for tolking og analyse (Dalen, 2011). I utgangspunktet hadde jeg planlagt å intervju både norske og engelske logopeder, og jeg hadde derfor et ønske om å intervju et likt antall norske og engelske logopeder; minst fire norske og fire engelske.

Hovedkriteriet for valg av informanter, var at de var representative for det jeg skulle forske på. Dette kaller Patton (2002) for «purposeful sampling», eller et meningsfullt utvalg. Dette innebærer at informantene skulle velges på bakgrunn av at de kunne gi relevant og tilfredsstillende informasjon knyttet til problemstillingen. I tillegg ønsket jeg å ha med noen tilleggskriterier for utvelgelsen, og det ble derfor nødvendig å gjøre noen avgrensninger i utvalget (Dalen, 2011). Jeg kom frem til følgende kriterier som informantene måtte oppfylle: 1) være utdannet logoped, 2) bo i Oslo, Bergen, London med omegn, 3) ha formell opplæring i Lidcombe programmet, og 4) ha erfaring med bruk av Lidcombe programmet. Årsaken til det geografiske kriteriet er at dette er relatert til steder jeg har oppholdt meg over lengre perioder i løpet av dette året.

Jeg tok tidlig i prosessen kontakt med flere instanser, både i Norge og i England, for å få videreformidlet min forespørsel om deltakelse til forskningsprosjektet. Instansene i Norge var Statped sørøst og Norsk Logopedlag, og instansen i England var The Royal College of Speech & Language Therapists (RCSLT). Jeg fikk tilbakemelding fra både Statped sørøst og Norsk Logopedlag om at de ville videresende min henvendelse til logopeder, som hadde formell opplæring i Lidcombe programmet (se vedlegg 1). Vedrørende henvendelsene, som ble videreformidlet i Norge, var det derimot ingen logopeder som meldte sin interesse. Fra RCSLT fikk jeg tilbakemelding om at de ikke hadde informasjon om hvem av deres medlemmer som var kurset i Lidcombe programmet, eller hvor i landet de enkelte hadde sitt arbeidssted. Jeg måtte derfor undersøke nærmere hva jeg kunne gjøre for å komme i kontakt med engelske informanter. Via The British Stammering Association fant jeg kontaktinformasjonen til The Lidcombe Program Trainers Consortium (LPTC), som jeg da kontaktet. De var behjelpelig med å finne aktuelle informanter, som oppfylte kravene for deltakelse. Gjennom LPTC ble det sendt ut et informasjonsskriv, som også omfattet en samtykkeerklæring (se vedlegg 2). Jeg fikk tilbakemelding om at fire engelske logopeder ønsket å delta i forskningsprosjektet. At det totalt bare var fire informanter, som ønsket å delta, innebar at ønsket om et utvalg på åtte personer ikke kunne innfris. Etter samtale med veileder, ble vi enige om at fire informanter likevel kunne være et presentabelt antall.

I forskningsprosjektet ville det vært ønskelig å ha med et utvalg som representerte større forskjeller blant logopedene. Samtlige av mine informanter hadde imidlertid lang erfaring med bruk av Lidcombe programmet, samtidig som de hadde spesialisert seg innenfor stammefeltet. Det er derfor nærliggende å tro at utvalget mitt har mer erfaring med stamming

og Lidcombe programmet enn hva en allmennlogoped har. Faren ved at jeg kun har logopeder som har mye erfaring med LP, er at jeg gjerne får et mer unyansert bilde i forhold til variasjonen i den opprinnelige målgruppen, slik Dalen (2011) beskriver.

På den annen side vurderes det, som svært nyttig å få anledning til å innhente erfaringer fra logopeder, som har inngående kjennskap til programmet, og forstå hvorfor de har valgt å anvende programmet over lang tid, på tross av de erfarte utfordringer, andres kritikk og motforestillinger omkring Lidcombe programmet.

#### **4.2.3 Presentasjon av utvalget**

Logopedene i utvalget bestod til slutt av fire engelske logopeder med lang LP erfaring. Den manglende responsen fra norske logopeder kan muligens ha sammenheng med usikkerhet, som skyldes lite praktisk erfaring med Lidcombe programmet. Studier rundt LP i Norge (Ambjørnsen, 2011), har også vist at selv om flere logopeder har gjennomgått den formelle opplæringen, har de ikke hatt særlig anledning til å prøve ut programmet i praksis. I tillegg kan det tenkes at de av logopedene som faktisk har brukt programmet, allerede har deltatt i et slikt forskningsprosjekt, og dermed velger å avstå fra denne studien. Disse refleksjonene er imidlertid basert på mine egne antakelser, så det er fullt mulig at den manglende responsen også kan ha andre årsaker.

Samtlige av logopedene i utvalget var kvinner. Deres logopederfaring varierer fra 7 til 36 år med et aritmetisk snitt på 23 år. Samtlige hadde tidligere i karrieren jobbet som allmennlogopeder, med fagfelt innen språkvansker, stemmevansker, afasi, dysfagi og taleflytvansker. Tre av informantene har i dag spesialiststillinger innenfor taleflytvansker, og jobber kun med dette. En av informantene har nå en mer allmennlogopedisk stilling, men én av ukedagene er øremerket Lidcombe programmet. Imidlertid har også denne informanten hatt en spesialist rolle innen taleflytvansker tidligere i karrieren. Tre av informantene hadde gjennomgått et fem dagers kurs i Lidcombe programmet i England, mens en hadde hatt to ukers opplæring i Australia på midten av 1990-tallet. En av informantene hadde behandlet sitt eget barn med Lidcombe programmet, men dette var før hun utdannet seg til logoped. Samtlige av logopedene er ansatt i det offentlige, men én er i tillegg også ansatt ved en privat klinikk. Informantene jobber hovedsakelig med barn og ungdom, men en av dem jobber i tillegg med voksne som stammer.

I resultat- og drøftingskapittelet har informantene fått følgende forkortelser: A, B, C og D.

#### **4.2.4 Intervjuguide**

Ved bruk av semi-strukturert intervju er det et særlig behov for å utarbeide en intervjuguide. Denne skal romme de viktigste områdene man ønsker å belyse gjennom studien, og omfatter derfor sentrale temaer og spørsmål (Dalen, 2011). I forkant av intervjuene ble en slik intervjuguide derfor utarbeidet (se vedlegg 3). Denne inneholdt forhåndsdefinerte temaer som jeg ønsket å fokusere på, samt noen forslag til spørsmål, som kunne stilles underveis. Under utarbeidelsen prøvde jeg å komme frem til spørsmål, som kunne besvare problemstillingen. Jeg forsøkte å utarbeide intervjuguiden med tanke på å stille åpne spørsmål, slik at informantene skulle få muligheten til å komme med utfyllende svar. En intervjuguide kan variere fra å være svært lite strukturert til sterkt strukturert (Jacobsen, 2012). Min intervjuguide kunne muligens hatt en større grad av struktur. I etterkant av datainnsamlingen, ser jeg at det kanskje ville gjort analysearbeidet enklere om jeg hadde hatt mer spesifikke spørsmål knyttet til de enkelte hovedområdene i intervjuguiden. Da ville intervjuguiden hatt en struktur mer på linje med strukturen jeg har utledet fra det innsamlede datamaterialet.

Jeg opplevde likevel at intervjuguiden fungerte som et hjelpemiddel i intervjusituasjonen. Den gjorde at jeg enklere var i stand til å holde meg relativt godt innenfor det planlagte området, og sikret at relevante spørsmål ble stilt underveis i intervjuet. Men, jeg opplevde noen ganger at informantene berørte flere av temaene vi senere skulle komme inn på i intervjuet. I tillegg følte jeg det som viktig å kunne følge opp det informantene sa, ved å komme med andre spørsmål enn det som direkte var definert i intervjuguiden, når situasjonen tilsa dette.

#### **4.2.5 Prøveintervju**

I følge Dalen (2011) må det alltid gjennomføres prøveintervju i forkant av intervjuene slik at man kan få prøvd ut intervjuguiden, og seg selv i rollen som intervjuer. Fordi det var vanskelig å få tak i informanter til prosjektet, valgte jeg ikke å gjennomføre prøveintervju med noen av dem jeg hadde fått som informanter. I stedet gjennomførte jeg et prøveintervju på en av mine medstudenter, og fikk på den måten tilbakemelding på hva som fungerte, og hva som kanskje burde endres i intervjuguiden. Dette var til hjelp, fordi jeg fikk et nytt blikk på spørsmålene og hvordan de var formulert, hva som var lett forståelig, og hva som kunne

virke uklart. I tillegg opplevde jeg det, som lærerikt og «levende», å faktisk stille spørsmålene høyt til noen andre. Fordi prøveintervjuet ble gjennomført på en medstudent, visste jeg og at dette ikke kunne tilsvare et «vanlig» intervju, og vi ble også enige om at det ikke kunne forventes at den som ble intervjuet skulle besvare alle spørsmålene, da personen verken hadde nok kunnskap eller erfaring med LP. Vi ble derfor enige om å ha mer fokus på hvordan spørsmålene ble stilt og på eventuelle forandringer som kunne gjøres.

Prøveintervjuet ble tatt opp på lydbånd, for i ettertid å kunne sjekke om det som ble sagt, var tilstrekkelig hørbart, og om jeg fremsto slik jeg selv ønsket, eller om noe eventuelt måtte justeres. Denne øvelsen gjorde det også mulig å trene litt på transkribering av lydopptak. Før gjennomføringen av intervjuene, fikk jeg en språkkyndig person til å gå igjennom spørsmålene sammen med meg, for å endre litt på enten setningsoppbygningen, og/eller formuleringene av spørsmålene. Dette følte jeg var til stor hjelp, fordi jeg da fikk tilbakemelding på hva som fungerte bra, og hva som gjerne kunne endres. Jeg fikk også tilbakemelding på at noen av spørsmålene kanskje høstes litt for formelle ut, og at det gjerne ville høres litt mer naturlig ut om jeg skrev dem om til en litt mer muntlig form. Ved ikke å gjennomføre prøveintervju på en som faktisk kunne være representativ for utvalget, kunne jeg imidlertid ikke være helt sikker på om intervjuguiden og selve intervjuprosedyren ville gi den objektive tilbakemelding jeg ønsket å oppnå. Et ordentlig prøveintervju ville muligens avdekket et behov for større oppmerksomhet rundt eventuelle kommunikasjonsvansker, eller om det var noe i intervjuet som eventuelt kunne virke demotiverende på informantene, eller om det også kunne være andre intervjuaspekter, som burde justeres (Gall, Borg & Gall, 1996). Gall et al. (1996) peker dessuten på faren for at informantene kan oppfatte spørsmålene på ulike måter. Prøveintervju på flere personer kunne gi et bedre grunnlag for å sjekke dette, og derved gi økt mulighet for å korrigere, og finjustere spørsmål for å sikre omforent forståelse av spørsmålets betydning. Ulik tolkning av spørsmålene ville eventuelt kunne true validiteten av intervjuene.

## **4.3 Datainnsamling og transkribering**

### **4.3.1 Gjennomføringen av intervjuene**

Repstad (1998) viser til at valg av sted for intervjuene kan innvirke på intervjuenes kvalitet. Tid og sted for intervjuene ble avtalt med informantene i god tid før gjennomføring. Tre av intervjuene fant sted hjemme hos en av informantene i X<sup>1</sup> kommune. Dette var etter forslag

fra informantene selv. Det fjerde intervjuet foregikk på logopedens kontor i X<sup>2</sup> kommune. På grunn av reisetid og reisekostnader til kommune X<sup>1</sup> ble det avtalt at alle tre intervjuene skulle avholdes på samme dag. Jeg satte derfor av 10 timer, som skulle være mer enn tilstrekkelig både med hensyn til reisetid, gjennomføring av tre intervjuer og få gjort noen førstehånds refleksjoner omkring intervjuene. Intervjuene i kommune X<sup>1</sup> foregikk på et eget rom, hvor jeg kunne sitte sammen med den jeg intervjuet, avskjermet fra de andre. Dette er noe Postholm (2010) påpeker er viktig å ha tilgang på, for at man ikke skal bli forstyrret og avbrutt underveis i intervjuet. Intervjuet i X<sup>2</sup> kommune ble holdt på logopedkontoret til informanten, slik at hun ville være minst mulig borte fra arbeidet sitt. Her fikk vi også sitte uforstyrret, slik at vi kunne konsentrere oss om intervjuet. Hvert intervju tok om lag 60 minutter, og ble med samtykke fra informantene, tatt opp med lydopptaker på telefonen. På den måten kunne jeg lettere vie min fulle oppmerksomhet til informantene. I tillegg ga lydopptakene et meget godt grunnlag for senere bearbeidelse, analyse og tolkning av det innsamlede datamaterialet (Dalen, 2011).

#### **4.3.2 Transkribering av intervjuene**

I følge Kvale og Brinkmann (2009) betyr det å transkribere «*to transform, to change from one form to another*» (s. 178). Når man transkriberer intervjuer oversetter man dermed det muntlige språket til det skriftlige språket. Intervjusamtalen blir strukturert og på denne måten er den bedre egnet for analyse. Forskeren får dermed lettere oversikt over materialet, som også er fundamentet for analysen (Kvale & Brinkmann, 2009; Kvale, 2007). En detaljert transkripsjon av dataene er således en nødvendig forutsetning for en god analyse (Robson, 2011). Men, det er også flere vurderinger og beslutninger, som må tas med hensyn til transkriberingen (Kvale, 2007). En av vurderingene jeg gjorde omhandlet hvordan jeg skulle fremstille de muntlige utsagnene skriftlig. Da jeg transkriberte tok jeg med alle detaljer som pauser og småord, men i forhold til hvordan de vil bli presentert i resultat og drøftingskapittelet, har jeg blant annet valgt å ta bort småord, og muntlige uttrykk som «gonna», ble skrevet om til «going to» med tanke på å gjøre teksten mer leservennlig og sammenhengende. I tillegg valgte jeg å utelate revisjoner av ytringer der informantene omformulerte det de sa, fordi jeg mente at dette ville virke forstyrrende på leseren. Det var naturlig for meg å transkribere intervjuene på engelsk, da dette var det språket informantene brukte. En oversettelse av intervjuene til norsk, ville vært en utrolig tidkrevende jobb, men kunne også svekket meningsinnholdet. Det er ikke alle ord og uttrykk som lar seg direkte

oversette fra et språk til et annet. Jeg hadde også en tanke om at informantene gjerne i etterkant kunne ønske å lese sitatene brukt i oppgaven, og for at de skal kunne gjøre det, er det helt nødvendig at sitatene er på engelsk.

Transkribering av intervjuene var både tidkrevende og utfordrende, men samtidig en nyttig og lærerik prosess. Den gjorde at jeg ble godt kjent med innholdet i intervjumaterialet. Ideelt sett bør man transkribere intervjuene så raskt som mulig etter at opptak er gjort, og helst før det gjøres nye opptak (Nilssen, 2012). Av praktiske årsaker lot det seg ikke gjøre å intervju informantene i X<sup>1</sup> kommune på forskjellige dager. Det var derfor ikke mulig å transkribere disse intervjuene umiddelbart etter endt intervju. Derimot noterte jeg noen momenter etter hvert intervju, for å bevare førstehåndsintrykkene så godt som mulig. Prosessen med å transkribere startet de påfølgende dagene. Det siste intervjuet foregikk noen uker senere, og ble transkribert like etter. Som Nilssen (2012) påpeker, avviker noen ganger det som er transkribert, fra det som egentlig ble uttrykt av informanten. Dette opplevde jeg selv, da jeg transkriberte. Jeg gjennomgikk lydopptakene av intervjuene flere ganger for å sjekke at jeg hadde fått med meg nøyaktig hva informantene hadde sagt. Jeg måtte ved flere anledninger rette opp i transkripsjonene, fordi jeg hadde hørt litt feil. Jeg tok også frem igjen lydopptakene på et senere tidspunkt, for å sikre at det som ble sagt stemte overens med transkripsjonene. For å gjøre det lettere å gå inn i spesielle deler av transkripsjonen noterte jeg hyppig ned tidspunkt. Fordi jeg intervjuet engelske logopeder var det ikke alle ord og uttrykk jeg kjente til fra før. Jeg henvendte meg da til en mer språkkyndig person for å forhøre meg om at ordet var riktig i forhold til kontekst, og at jeg hadde forstått betydningen av det. Siden utsagnene ble gjengitt av meg, fikk denne personen verken tilgang på lydopptak eller navn på informant.

For å ivareta informantenes anonymitet valgte jeg å utelate informantenes navn, stedsnavn og arbeidsgiver.

## **4.4 Analyse og tolkning av datamaterialet**

Å analysere data i kvalitativ forskning kan gjøres på ulike måter, og det finnes ingen fasitsvar på hvilke analyseteknikker man skal anvende (Johannessen et al., 2006; Kvale & Brinkmann, 2009). For å få en oversikt over datamaterialet, er det nødvendig å forenkle og strukturere materialet så godt som mulig. På den måten vil noe av kompleksiteten av datamaterialet bli

reduisert (Jacobsen, 2012). Befring (2007) skriver at analysen innebærer å avdekke typiske mønstre i datamaterialet, og forskeren må lete etter både det spesielle, og etter sentrale fellestrekk. Dette kan gjøres i form av en tematisk analyse. I en tematisk analyse vil ofte forskeren ta utgangspunkt i intervjuguiden, og i de temaer som den omhandler, da disse er aktuelle for å besvare problemstillingen (Dalen, 2011). Jeg hadde på forhånd noen tanker om hvordan transkripsjonene skulle analyseres, og jeg tok utgangspunkt i intervjuguiden da jeg startet analyseprosessen. Jeg kategoriserte derfor informantenes utsagn under de ulike temaene i intervjuguiden, slik at jeg skulle få bedre oversikt over dataene. I kategoriseringsprosessen fremkom det også flere temaer, som ikke var forhåndsdefinert i intervjuguiden. I løpet av prosessen ble det dessuten utviklet underkategorier under de ulike temaene. Analysen foregikk manuelt, og jeg brukte ulike fargekoder på informantene slik at jeg fikk bedre oversikt over hvem som uttalte hva.

På bakgrunn av intervjuene kom jeg frem til fire hovedkategorier. Disse er som følge:

- Refleksjoner rundt bakgrunn for å velge LP
- Praktiske erfaringer med LP over tid
- LP i forhold til andre behandlingstilnærminger
- Råd til nye logopeder som skal bruke LP

Struktureringen av datamaterialet er nødvendig for å gi en logisk og forståelig fremstilling og tolkning av funnene i forskningsprosjektet. Det anses også helt nødvendig å fortolke datamaterialet, da data sjelden taler for seg selv (Repstad, 1998). Jeg har derfor tatt utgangspunkt i Kvale (2007) sine tre tolkningsnivåer; selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse. På det første forståelsesnivået er det informantenes selvforståelse som skal komme frem. Tolkningen på dette nivået baserer seg derfor mer eller mindre på informantens egen selvforståelse gjennom det som har blitt uttrykt i intervjuet. Dette er gjort på bakgrunn av min forståelse av det informantene har uttrykt. Kritisk forståelse basert på sunn fornuft er det andre forståelsesnivået. Dette innebærer at jeg ser forbi den intervjuedes selvforståelse, og tolker uttalelsene med en bredere forståelsesramme. Det innebærer også å tolke informantenes forståelse med et kritisk blikk på det som blir sagt, med utgangspunkt i sunn fornuft. Det siste fortolkningsnivået går ut på teoretisk forståelse, og jeg knytter her informantenes mening opp mot relevant teori (Kvale, 2007). De ulike fortolkningsnivåene vil bli presentert sammen i kapittel 5.



I denne sammenheng tilføyes også at intervjuene ga mersmak til å lære mer om dette fagområdet. Som resultat valgte jeg etter intervjuene å gjennomføre Lidcombe kurset selv, i regi av The Lidcombe Program Trainers Consortium våren 2014. Dette har gitt meg nyttig tilleggskunnskap, som har forsterket min forståelse av informantenes utsagn.

## **4.5 Forskningens kvalitet**

### **4.5.1 Validitet**

Validitet i kvalitativ forskning beskriver undersøkelsens gyldighet og pålitelighet (Dalen, 2011), og i hvilke grad gjennomføringen av forskningen belyser de fenomenene som er formålet (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i fire av Maxwell (1992) sine fem kategorier, for å vurdere forskningens validitet. Disse er som følger: deskriptiv validitet, tolkningsvaliditet, teoretisk validitet og generaliseringsvaliditet. Fordi den siste kategorien, evalueringsvaliditet, ikke har relevans for min studie, har jeg valgt å utelate denne.

#### **Deskriptiv validitet**

Deskriptiv validitet beskriver hvor nøyaktig en informants uttalelse blir ivaretatt av forskeren. Trusler til deskriptiv validitet kan være at forskeren hører feil, eller transkriberer uttalelsen feil, og kan føre til at uttalelsen forvrenges eller fremstilles på uriktig måte (Maxwell, 1992). Som jeg har redegjort for tidligere i metodekapittelet, ble alle intervjuene tatt opp med lydopptaker, slik at det ville være mulig å få tak i alt informantene sa, og på denne måten ble intervjuene fremstilt mer nøyaktig enn om jeg bare hadde tatt notater underveis. Lydopptakene var av god kvalitet, og det var dermed lett å høre hva informantene sa i intervjuet. Siden intervjuene ble transkribert de påfølgende dagene etter gjennomføring, lå informantenes uttalelser ferskt i minne. Transkripsjonen ble skrevet ned og gjennomgått flere ganger, i tillegg gikk jeg tilbake senere i tid og hørte på lydopptaket, samtidig som jeg leste over transkripsjonen. At intervjuene ble gjennomført på engelsk, gjorde imidlertid at denne prosessen ble mer utfordrende enn om de hadde vært gjennomført på norsk. I tilfeller hvor jeg var usikker på betydningen av et ord, konfererte jeg imidlertid med den språkkyndige kontaktpersonen for oppklaring. På denne måten forsøkte jeg å sikre den deskriptive validiteten på best mulig måte

## **Tolkningsvaliditet**

Innen kvalitativ forskning er man ikke bare opptatt av å komme med gyldige beskrivelser av objekter, hendelser og/eller atferder, men er også opptatt av hva objektene, hendelsene og atferdene betyr for personene som deltar i forskningsprosjektet (Maxwell, 1992). Gjennom tolkningsprosessen prøver forskeren derfor å utvikle en dypere forståelse av det informantene beskriver, slik at man kan få tak i betydningen og meningen bak informantenes uttalelser, ut fra deres perspektiv (Maxwell, 1992). Jeg har prøvd å få tak i informantenes meninger ved å stille dem åpne spørsmål slik at de på den måten kunne komme med fyldige beskrivelser. Jeg anså det som nødvendig, å stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet, både for å oppklare, og utdype det informantene sa. På denne måten kan tolkningsvaliditeten ha blitt styrket. Tolkningsvaliditet har sitt grunnlag i språket personene bruker, og er avhengig av deres egne ord og begreper. I så måte er det nødvendig at informantene kommer med rike og fyldige beskrivelser (Maxwell, 1992; Dalen, 2011). Jeg har i resultat og drøftingsdelen brukt mange av informantenes egne utsagn, og på den måten prøvd å få frem informantenes meninger. I tolkningsarbeidet har jeg forsøkt å være bevisst min egen forforståelse, og hvordan denne kan påvirke tolkningen.

## **Teoretisk validitet**

Teoretisk validitet omhandler hvordan forskeren klarer å løfte funnene fra undersøkelsen opp på et teoretisk nivå (Maxwell, 1992). I analysen av datamaterialet har jeg forsøkt å tolke datamaterialet sett i lys av det teoretiske rammeverket som jeg har redegjort for i kapittel 2 og 3. I kapittel 5 har jeg forsøkt og drøfte informantenes utsagn opp mot relevant teori, og på den måten trekke linjer mellom det informantene beskriver om sine erfaringer med Lidcombe programmet. Dalen (2011) mener at eliteskjevhet kan forekomme ved at det legges mer vekt på noen av informantenes beskrivelser enn andre. Jeg har bestrebet meg på å få frem de ulike informantenes utsagn for å motvirke en slik eliteskjevhet, men realiteten er likevel at noen informanter har mer å si enn andre, og kommer dermed med fyldigere beskrivelser.

## **Generaliseringsvaliditet**

Generaliseringsvaliditet referer til hvorvidt funnene kan overføres til andre personer, tider eller situasjoner, enn de som har blitt undersøkt. Kvalitative undersøkelser er imidlertid ikke designet for å generalisere funnene til en større populasjon (Maxwell, 1992). Jeg tenker

likevel at funnene fra undersøkelsen kan være både interessante og nyttige også for andre logopeder som skal anvende, eller allerede anvender Lidcombe programmet i stammebehandling av førskolebarn. Jeg har etterstrebet å komme med grundige beskrivelser av de ulike leddene i forskningsprosessen, og på den måten vil det være lettere for leseren selv å avgjøre og ta stilling til i hvilken grad resultatene kan være anvendelige i andre situasjoner (Dalen, 2011).

#### **4.5.2 Reliabilitet**

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes troverdighet, og om funn kan etterprøves av andre gjennom en gjengivelse av undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). Innenfor kvalitativ forskning er dette vanskelig, fordi intervjuer vanskelig lar seg etterprøve (Postholm, 2010). I kvalitative studier har forskeren en viktig rolle, og denne rollen utformes i samspill med informantene og situasjonen de befinner seg i. Både enkeltindivid og situasjoner endrer seg og det vil derfor være vanskelig å etterprøve resultatene i en kvalitativ studie (Dalen, 2011). Det vil likevel kunne være mulig for andre personer å vurdere reliabiliteten, ved at forskeren redegjør for de enkelte leddene i forskningsprosessen på en nøyaktig og transparent måte. På den måten kan andre ta på seg forskerens «briller» (s. 93). Jeg har i dette forskningsprosjektet bestrebet meg på å gi en så nøyaktig og fylldig informasjon som jeg kan, ved å redegjøre for min egen forforståelse, informantenes bakgrunn og erfaringer, intervjusituasjonen, og hvordan jeg har bearbeidet og analysert datamaterialet, jf. Dalen (2011).

#### **4.5.3 Etiske hensyn**

I dette forskningsprosjektet har det vært flere etiske hensyn jeg har måttet ivareta. Fordi jeg som forsker skulle innhente informasjon som involverte personlige opplysninger, ble det nødvendig å søke om godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å få gjennomføre forskningsprosjektet. Prosjektet ble meldt til NSD 25.01.2014 og ble godkjent 07.02.2014 (se vedlegg 4). I tillegg har Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2006) utarbeidet etiske retningslinjer jeg som forsker, må forholde meg til. I det følgende vil jeg fremheve de etiske retningslinjene jeg har tatt særlig hensyn til i dette forskningsprosjektet.

En av disse stiller krav om informert og fritt samtykke (NESH, 2006). For å kunne ta hensyn til dette har forskeren et ansvar for å gi deltakerne relevant informasjon om prosjektet. Dette innebærer å informere om formålet med prosjektet, hvilke metoder som skal benyttes og følgene av å delta. Et fritt samtykke betyr at samtykket er avgitt uten ytre press eller begrensninger av personlig handlefrihet (NESH, 2006). LPTC som jeg kontaktet i forkant av intervjuundersøkelsen, videresendte et informasjonsskriv til aktuelle informanter. I informasjonsskrivet, fremgikk det hva som var bakgrunn og formål med studien, og hva det ville innebære å delta i studien (se vedlegg 2). Det ble i tillegg informert om hva som ville skje med informasjonen om dem, samt at det var frivillig å delta i undersøkelsen. Sammen med informasjonsskrivet la jeg også ved en samtykkeerklæring som ble innhentet før gjennomføringen av intervjuet (se vedlegg 2). Før hvert intervju startet, gjennomgikk jeg også informasjonen fra informasjonsskrivet for å sikre at alle hadde forstått hva det innebar, og om de eventuelt hadde noen spørsmål i forhold til det.

Et annet sentralt krav jeg måtte forholde meg til, var å behandle all informasjon konfidensielt. Dette innebærer at all informasjon om deltakerne skal behandles med forsiktighet. Det omfatter både at taushetsplikt overholdes, og at lister med navn eller andre opplysninger som gjør informantene gjenkjennbare, oppbevares på en sikker måte og tilintetgjøres. Forskningsmaterialet må vanligvis anonymiseres (NESH, 2006). For å ivareta dette kravet, ble lydopptakene i forbindelse med intervjuet lagret på en passord beskyttet telefon, og transkripsjonene ble anonymisert. Jeg valgte også å utelate informantens navn, stedsnavn og arbeidssted for å sikre at de ikke ville bli gjenkjent.

Et etisk dilemma som Krumsvik (2014) peker på, er relatert til transkripsjon av kvalitative intervju. Dette handler om at ordrett transkribering fra det muntlige språk, kan for utenforstående oppfattes som usammenhengende og forvirret tale. For å unngå at det skjer en slik utilsiktet stigmatisering, har jeg i denne oppgaven valgt å utelate blant annet nølinger, pauser, bruk av småord og påbegynte setninger som ikke fullføres. På denne måten vil teksten bli gjengitt mer sammenhengende, men uten å endre meningsinnholdet.

## 5 Resultater og drøfting

I dette kapittelet presenteres resultatene fra datamaterialet, og drøftes i forhold til relevant teori. Hovedkategoriene presenteres i følgende rekkefølge: *Refleksjoner rundt bakgrunn for å velge LP*, *Praktiske erfaringer med LP over tid*, *LP i forhold til andre behandlingstilnærminger*, og *Råd til nye logopeder som skal bruke LP*. Problemstillingen (jf. kapittel 1.2) er besvart ut fra disse kategoriernes perspektiv.

### 5.1 Refleksjoner rundt bakgrunn for å velge LP

De fire logopedene i utvalget har differensiert utdanningsbakgrunn, og deres interesse for LP ble vekket på nokså forskjellig vis. Felles for dem alle er imidlertid at de har trent seg opp til å bli drevne brukere av LP etter først å ha gjennomført det formelle opplæringskurset.

#### 5.1.1 Opprinnelige tanker og holdninger til LP

Siden Lidcombe programmet er et direkte intervensjonsprogram hvor barnet gjøres oppmerksom på både stammefri tale og stamming (Guitar, 2003, jf. kapittel 3.2 ), bryter det med det som kan kategoriseres som tradisjonell stammebehandling. Jeg var derfor nysgjerrig på hvilke tanker informantene hadde om LP da de først ble introdusert for det. I det følgende redegjøres det for hva informantene ga uttrykk for, belyst av flere sitater fra intervjuene.

Samtlige av informantene ga uttrykk for at de enten var litt skeptiske eller usikre på programmet da de først hørte om det. Denne skepsisen kommer godt til uttrykk gjennom to av informantenes sitater:

*« When it first came to the UK it was greeted with suspicion, I guess that's the best way to put it. Because it was quite a different approach to what we traditionally used here, which was more environmental. And I think partly because my work with children up to that point had been mainly the environmental approach. So I was a bit sceptical at first because it felt kind of different to what I did before. » (A)*

*« When I first heard of it I was really shocked by it because it just went against everything that we had been doing. (...) Just completely stunned of the thought of talking about bumps and things with children. » (D)*

Begge informantene forklarer at LP brøt med den indirekte og miljørettede tilnærmingen til stammebehandling, og at dette var grunnen til deres skeptiske holdning i starten. Den

gjeldene oppfatning i tiden informantene fikk kjennskap til LP (mot slutten av 1990-tallet) var at å snakke om, eller ha fokus på stammingen, kunne gjøre vansken verre, jf. Ambrose (2006). På denne tiden var det flere som uttrykte sin skepsis til programmet fordi man var bekymret for om denne behandlingsformen kunne føre til negative psykiske konsekvenser for barna (Cook & Rustin, 1997). Det var derfor ikke det minste rart at informantene også hadde denne skepsisen.

En av de andre informantene fortalte at da hun hørte om programmet på midten av 90-tallet, opplevde hun en generelt stor motgang mot LP, og at folk tenkte at det var noe helt forferdelig. Hun ble likevel nysgjerrig, og ønsket ikke å avvise noe hun ikke visste nok om: « (...) *if a new idea comes along you can't just reject it. You've got to look at it and evaluate it to see whether it's a good thing to do, or not* » (B). Hun fortalte at det på den tiden ikke ble tilbydd opplæring i LP, slik det er i dag, og hun dro derfor til Australia sammen med noen kollegaer for å få opplæring.

*«(...) so we learned all about it, and we were able to talk to the clinicians about all the sort of concerns that we had. Because we came from a very different background, very much more what we would call an environmental background. Looking at factors, well kind of demands capacities, that kind of background. So of course we had concerns.»* (B)

Hun forteller at i tillegg til å snakke med logopedene om de bekymringene de hadde, fikk hun også muligheten til å observere programmet i bruk. Dette bidro mest sannsynlig til å forme hennes videre syn. Slik jeg oppfatter disse informantene, hadde de en sunn kritisk holdning til det å skulle ta i bruk et program som var basert på behavioristiske prinsipper (jf. Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Den ene informanten ble introdusert for LP gjennom å behandle sitt eget barn for stamming. Hun uttrykte at hun, i likhet med de øvrige informantene, var skeptisk til å skulle jobbe med barnet på en slik direkte måte, som LP innebar. Hun bekymret seg for konsekvensene behandlingen kunne få for barnet om den viste seg ikke å virke:

*«I remember as a parent wondering about such a direct approach. And if it didn't work would there be any problems. That if you had made the child more aware, would that be a problem»* (C)

Budskapet her er, slik jeg tolker det, å møte nye ideer, som LP var, med et åpent sinn, og ikke avvise slike nye metoder, før de er skikkelig forstått og vurdert. Felby (2003) mener også at

man på bakgrunn av adskillig forskning og gode resultater, ikke må ignorere en metode som kan hjelpe barnet å redusere eller eliminere stamming.

### 5.1.2 Opparbeiding av innsikt gjennom tidlige erfaringer

Samtlige av informantene opplevde, allerede fra starten mot slutten av 90-tallet og begynnelsen av 2000-tallet, å få gode resultater med behandlingen, i tråd med det som også fremgår av nyere forskning på området, f.eks. Harris et al. (2002). De tidlige, positive resultatene synes derfor også å ha bidratt til at informantene ønsket å fortsette med LP. En av informantene fikk eksempelvis prøvd ut LP, med gode resultater så snart LP kurset var gjennomført. Hun opplevde at LP føltes litt rart i starten fordi det var en helt ny måte å jobbe på. Hun opplevde det imidlertid som uproblematisk å anvende programmet, selv om hun også hadde lang erfaring med anvendelse av andre former for stammebehandling. På den måten ble LP inkludert som et viktig supplement i verktøykassen, og åpnet opp for en mer optimal behandling av barn med stamming:

*«I tried it immediately with quite a few children. I think that's what really sold it for me because I started getting some really good results with it. I started to see that this was helping, so I did more and more of it» (A)*

En annen informant, bestemte seg endog etter opplæringen i LP, for å ta i bruk programmet, som sitt eneste alternativ, i stedet for måten hun tidligere hadde behandlet barn som stammet på. Hun fortalte at hun deltok i en studie for å undersøke nærmere i hvilken grad de lyktes med LP i England.

*«(...)because we got such fantastic results, really equivalent to our Australian colleagues, just exactly the same, I thought that it was the right program for me. And I never really looked back. I never went back to the other way of working.» (B)*

Som det fremkommer av sitatet, opplevde informanten å oppnå tilsvarende resultater som i de tidligere Australske undersøkelsene. Dette førte følgelig til at hun aldri så seg tilbake, og hun har siden den gang kun jobbet med LP.

En annen informant kommer med følgende beskrivelse av sine positive opplevelser med LP, allerede fra starten:

*«I felt relief because it was like I had something to really offer people, and it was nice with something structured. So it just felt positive even in the beginning, really» (D)*

Usikkerheten og skepsisen, som kom til uttrykk innledningsvis, ser derfor ut til å viskes ut så snart informantene får mer erfaring gjennom utprøving av programmet i praksis. Til tross for informantenes opprinnelige erfaring med indirekte behandlingsmetoder, har den økte kunnskapen og de tidligere erfaringene med LP gitt dem et bredere referansegrunnlag og økt totalforståelse, som med hensyn til valg av behandlingsform, har gått i Lidcombe programmetts favør. Det finnes heller ikke spor av skepsis til programmet blant informantene i dag.

Oppsummert, og som parallell til usikkerheten omkring LP i Norge (jf. kapittel 1.1), dokumenteres det her hvor viktig det er å få praktisert ervervet kunnskap om LP på en positiv måte så tidlig som mulig etter opplæring. Det synes som om tidligere positive opplevelser med programmet gjør at den videre interessen virkelig tar av.

## **5.2 Praktiske erfaringer med LP over tid**

Informantene viser til at LP krever en høy grad av innsats fra foreldrenes side, og at behandlingen strekker seg over lang tid. I følge Harrison og Onslow (2010) kan behandlingen i fase 1 vare opp mot 7 måneder, mens fase 2 kan strekke seg over et tidsspenn på opptil 12 måneder.

### **5.2.1 Hensyn som må tas før behandling starter**

#### **Familienes forventninger**

Fordi LP krever mye av foreldre, jf. Packman et al. (2003a), baseres vurderingen av om og når LP skal igangsettes, på flere forhold. Eksempelvis trekker to av informantene frem at de alltid starter med å forklare hva LP vil innebære, og hvilke forpliktelser som kreves av foreldrene før behandling startes:

*« I am very clear about what the rules are, and the amount of time and the commitment. I try to lay it all out. Not in a negative way but just in a way that the parents really know what they are buying into.» (C)*

*«I explain what's involved, the commitment that is involved. I tell them about the weekly attendance in the clinic, and about doing the severity ratings. Doing at least*



*10 minutes practice a day, and ask if they feel that they are able to make that kind of commitment...» (A)*

En annen informant opplever at mange familier er overoptimistiske til behandlingen, fordi de har et så sterkt ønske om å hjelpe barnet sitt. Å avklare på forhånd hvilke forventninger foreldre har til behandling, og forklare hvilke forpliktelser som kreves for at LP skal fungere, anses derfor som helt nødvendig. Harrison et al. (2003) mener at forventninger foreldre har til behandling, kan få stor betydning for om LP kommer til å fungere eller ikke. Forventninger til behandling ser nemlig ut til å påvirke hvor mye engasjement som legges ned.

### **Aldersvurdering**

I tillegg til å avklare forventninger og krav, er det også andre ting informantene vurderer før behandling startes, og som kan få betydning for oppstartstidspunkt. På linje med Onslow (2003a), Harris et al. (2002), og Miller og Guitar (2009), som sier at LP er utviklet med tanke på barn i alderen 2 til 6 år, foretrekker alle informantene å implementere LP når barna er i førskolealder, med en aldersspredning hovedsakelig fra 3 til 6 år. Flertallet av informantene setter en øvre grense ved 7 års alder, mens en av dem konsekvent bruker programmet også på barn helt opp til 9 års alder. I tråd med Lincoln et al. (1996) sin undersøkelse, opplever alle informantene behandlingseffekten noe ustabil med eldre barn. Informantene foretrekker derfor helst å jobbe med yngre barn, da deres erfaringer tilsier at LP har bedre effekt med dem: *«(...) I would much rather prefer them to be younger, because it works much more efficiently for younger children, I think.» (B)*

Informantene trekker dessuten frem at barn på 2 år gjerne helst blir vurdert i perioden frem til 3-årsalder for å se etter eventuelle tegn til naturlig bedring eller forverring av stammingen. De påpeker også at det ofte er mer utfordrende å anvende programmet på 2 åringer siden disse ikke har stammet lenge nok til å sannsynliggjøre om behandlingen vil ha bedre virkning enn naturlig bedring. Disse vurderingene harmonerer godt med Packman et al. (2003a, kapittel 3.2.6) sine anbefalinger. Siden alle informantene opplever større variasjon i behandlingseffekt med barn i skolealder, og at noen barn ligger helt på grensen til at LP vil kunne være relevant, gir en av informantene her en god beskrivelse av den aktuelle problemstillingen:

*«(...) quite often we get children in at a sort of critical time. And it's a balance at having a go with them, and saying to the parents that it might be a bit late for them.*

*Because we know that it's best with under 6s, that this is the ideal time. So its sort of handling that quite carefully as well.» (D)*

I tråd med Packman et al. (2003a), som sier at behandlingen bør igangsettes innen 6-årsalder, utviser informanten forsiktighet i forhold til behandlingsstart med barn som gjerne ikke har et optimalt utgangspunkt for behandling. Som indikert i beskrivelsen av Lidcombe programmet i kapittel 3.3 (Foreldres selvtillit), er hun på grunn av barnets alder, påpasselig med å forklare den økte risikoen for et dårlig behandlingsresultat. Som Harrison og Onslow (2010) påpeker, tar det lang tid å fullføre LP (Fase 1: 4-7 måneder; Fase 2: 10- 12 måneder). Så det er absolutt et stort ansvar som pålegges foreldrene. Dette bekreftes også i undersøkelsen til Goodhue et al. (2010). Jeg tolker derfor informanten dit hen at hun har dette i tankene når hun vurderer om LP skal anvendes.

### **Vurdering av stamming og stammeutvikling**

Tilstedeværelse av stamming regnes ikke alltid som tilstrekkelig grunnlag for å starte snarlig behandling. Informantenes erfaring tilsier også at behandlingsstart må vurderes på bakgrunn av om risiko for utvikling av vedvarende stamming er tilstede, samt hvordan barn og foreldre ser ut til å håndtere stammingen:

*«(...) is there a family history of stuttering? How long has the child been stuttering? Is it a year then it is another risk. Is it persistent rather than episodic...» (A)*

*«(...) changes in the pattern of disfluency, or how the child's reacting, or the parent isn't managing it, then those can be reasons to start treatment.» (C)*

*«If we assess them to be high risk of persistent stuttering, then we just keep going with Lidcombe» (A)*

Tilstedeværende risikofaktorer, barnas egen bevissthet om stammingen, hvordan stammingen påvirker barnas hverdag sosialt og psykisk, samt foreldrenes bekymring i forhold til stammingen, vil altså være med på å avgjøre om logopedene velger å starte behandling med en gang, eller om den kan utsettes for en periode. Dette samsvarer godt med hva Packman et al. (2003a) mener logopeder bør ta hensyn til i vurderinger før behandlingsstart. Å utsette behandlingen en begrenset periode, har vist seg ikke å redusere effekten av behandlingen, men tvert imot å gjøre den mer effektiv siden forutsetningene for behandling da blir grundigere vurdert og tilretteleggingen bedre. Dette underbygges også av forskning, som

viser at barn som har stammet i mer enn 1 år, bruker kortere tid på å fullføre behandlingen (Kingston et al., 2003).

Hvis det er en sannsynlighet for at stammingen vil bedres av seg selv (naturlig bedring), vil informantene heller følge familien tett opp og overvåke stammingen. Dette er også i tråd med Packman et al. (2003a) sine anbefalinger. En av informantene forklarer at spesielt for de yngre barna er policy på hennes arbeidsplass å overvåke stammingen i rundt ett år, men at tidsrammen også er fleksibel og må tilpasses faktorer, som kan påvirke stammegraden.

*«(...) for younger children we will probably keep an eye on it for a year. But there are always exceptions and it's not a solid rule. It depends on how the child is managing it, it depends on the severity, it depends on how the parents are managing it, it depends on when they are starting school, or a whole range of things. So there is no hard rule, it's flexible. But the policy in our department is a year of monitoring usually...» (D)*

For de noe eldre barna avsettes det også tid til vurdering, men vurderingstiden blir gjerne en god del kortere, avhengig av hvor lenge stammingen har pågått:

*«(...) if they are 5 they need to come straight in, but if they started stammering the week before, then we might wait a bit. So we might just wait 3 months or something to check that it's still there, and then start» (D)*

Forskning viser at de fleste barn vil oppnå bedring uten behandling (Yairi & Ambrose, 2005; Månsson, 2000; Guitar, 2014). Ved å overvåke stammingen gis det dermed rom for å ikke gripe nødvendig inn. Reilly et al. (2013) anser dette som beste praksis innen fagfeltet. Den refererte informanten forteller at praksisen med å overvåke stammingen, ikke forhindrer henne i å gripe inn før den stipulerte overvåkingstiden er nådd. Hun forklarer, i likhet med de øvrige informantene, at faktorer som barnets og familiens håndtering av stammingen, stammingens sværhetsgrad, og tidspunktet for barnets skolestart vil være avgjørende for tidspunktet for behandlingsstart.

I overvåkingsfasen gis foreldre generelle råd om hvordan stammingen kan håndteres. Familiene holder kontakten med logopeden i løpet av denne perioden, og skulle det være noen endringer ved stammingen, eller om foreldre er bekymret og har behov for flere råd, oppfordres de alltid til å ta kontakt. Rådene som gis illustreres gjennom denne informantens utsagn:

*«During monitoring I would start helping the parent manage it by giving loosely based advice: about listening to your child, listening to what they are saying rather than how they are saying it, and trying to give them some time. Being as natural as possible, not showing your reactions, your face, your voice. If you feel upset about it trying to keep that away from the child, that kind of thing.» (C)*

I tillegg til å gi foreldrene denne type generelle råd, setter en annen av informantene også foreldrene i gang med å vurdere stammingen i 10-punktsskalaen (jf. kapittel 3.2.2). På denne måten får både foreldre og logoped konkret informasjon om stammingen, og det kan følges med på dens utvikling:

*«(...) I often start them do severity ratings. So I explain that and give them a graph to start doing that. Because then when they come back for their review in six to eight weeks time they've got some data to look at. So they can see if the stammering is gradually going up or if it is really episodic, and just see what the pattern is. I think it's quite useful to have that information.» (A)*

### **Andre vansker**

Det er ikke uvanlig at andre språk- og talevansker er til stede blant barn som stammer (Guitar, 2014). Flere av informantene vurderer derfor om LP skal anvendes når dette er tilfellet. Det fremkommer imidlertid at for å gjennomføre LP må det være mulig å forstå hva barnet sier:

*«You can do Lidcombe as long as you understand the child. If the child is so difficult to understand that you always have to clarify what they've just said, then the feedback from clarifying what they've said, and the feedback for the fluency can get in a muddle. But a child with sort of a mild, moderate phonological problem it's absolutely fine to do it. (...) Language problems, no problem again. So it's not a reason not to do Lidcombe.» (B)*

Vurderingen tar altså også hensyn til andre tilleggsvansker. Informanten mener videre, at det å bruke LP med et barn som har store atferdsvansker, eller har alvorlig grad av autisme, ikke vil være kompatibelt med behandling siden grunnlaget for samarbeid da kanskje ikke er tilstede:

*«I do believe if you've got a child with severe behavioural problems, or severe autism or something like that, no way can you do Lidcombe. There has to be some measure of cooperation.» (B)*

Problemstillingen uttrykkes også av to andre informanter, som opplever det som mer utfordrende å avgjøre om de skal bruke LP, når det er tilstedeværelse av denne type tilleggsvansker:

*«I'm checking that the child hasn't gotten autism, or something else going on, speech-sound disorder. That will actually make that a more tricky decision, to do Lidcombe or not.» (A)*

Denne informanten forteller at hun også har jobbet med mange autistiske barn, samt barn med andre språk- og talevansker. Hun innrømmer da at behandlingsutfallet ikke alltid blir like bra. I tråd med dette utdyper en annen informant det samme på denne måten: *«(...)where you've got that sort of coexisting difficulties, then that has quite a big impact on treatment.» (C)*. Informantenes erfaring tilsier at en grundig vurdering av det enkelte barns andre vansker kan være avgjørende for om man skal bruke LP eller la det være.

### **5.2.2 Logopedens rolle vs. foreldreinvolvering**

I LP har logopeden en veiledende rolle (Onslow, 2003a), som innebærer å lære opp foreldrene til å bli barnas primære behandler. Likeverd tilstrebes mellom de ulike partene; barn, forelder og logoped, der den ene er avhengig av den andre for at LP skal fungere. Logopeden er tilrettelegger, men problemer som oppstår underveis blir løst i fellesskap av foreldre og logoped. To av informantene gir her nokså treffende beskrivelser av logopedrollen i LP:

*«Its not all about us being terribly clever and sorting out the child our self, its about teaching the parents so they are empowered to help their child.» (A)*

*«I think the role of the therapist should be that you take the child, you take the problem to the goalmouth, and then you let the parent kick it into the goal» (B)*

Dag til dag ansvaret for behandling legges på foreldrene i LP (Onslow, 2003a). De kan da føle det som en stor belastning å skulle gjennomføre behandlingen, og kan føre til at de blir engstelige for å gjøre feil (Goodhue, et al., 2010). I samsvar med dette påpeker alle informantene at i tillegg til støtten overfor barnet, er støtten til foreldrene et meget viktig aspekt ved LP. Dette kommer godt til uttrykk gjennom et sitat fra denne informanten:

*«Because it's parent based that means that you've got to support your parent as well as supporting the child that you're working with. Because the parent is doing the*

*treatment we need to give them good, positive feedback about what they're doing. And if we have to change anything we have to do it in a way that's very supportive of that parent, because they will be anxious and nervous because they've never done it before. So we have to look after them, and praise, and reward them just the same as we do the child » (B)*

Noen ganger kan foreldre føle seg mislykket om behandlingen ikke er suksessfull (Goodhue et al., 2010). Derfor er det så viktig å ta godt vare på foreldrene underveis i behandlingen. En av informantene har erfart akkurat dette og beskriver det slik:

*«(...) if a parent doesn't want to let it go, even though its been going on for a long while with no change, they can feel that its down to them whether their child stammers or not. That it's completely depending on them and the program. So that is something you have to be aware of and try and handle carefully. Because for some that can be perceived as the whole burden is on them and if it doesn't work its their fault, and that they have done something wrong» (D)*

Det påpekes også at logopedene må skape bevissthet om at stammingen under behandlingen vil kunne veksle mellom både gode og dårlige perioder, og således gi foreldrene en forståelse av at dette vil kunne påvirke deres selvtillit. For å forhindre en slik utvikling, er det med andre ord viktig for logopeden å forberede foreldrene så godt som mulig på denne type eventualiteter, og ta vare på og støtte dem på en god måte underveis i behandlingen:

*«(...)if the severity ratings go up, they themselves feel that they aren't doing a good enough job, and when they come down they think "oooh, I can do this". (...) they're on a up and down roll because they have the full responsibility for delivering it, and they worry that they're not doing it right. So they measure whether they are doing it right or wrong by their child's stutter, which isn't really true because we all know that stutters go up and down for all kinds of reasons, not just whether or not the parents are doing it right» (B)*

Dette samsvarer med studier gjort av både Hayhow (2008) og Goodhue et al. (2010), som sier at mødrenes selvtillit følger barnets stammegrad. Siden ikke alle foreldre er like komfortable med å inneha det fulle ansvaret, må logopeden gjennom tett oppfølging, prøve å styrke deres selvtillit og tro på egne ferdigheter for å kunne håndtere stammingen best mulig under behandlingen.

I forbindelse med at foreldrenes ansvar for behandling kan medføre en viss usikkerhet, trekker samtlige informanter frem begrepet «empowerment», som en stor fordel ved LP. Empowerment betyr i denne sammenheng å gi styrke til foreldrene gjennom LP fordi

programmet er foreldrebasert, og fordi det er foreldrene som gjennomfører behandlingen med barnet. Deres innsats og harde arbeid får uttelling ved at barnets flyt bedres.

*«One of the real positives is just seeing parents empowered really, and able to do something very specific to support their child » (D)*

*«It's wonderful for the parents because its all about them, they do the work. They are the ones that go away, and they help their child to become stutter-free. I think that's what therapy is all about.» (B)*

*«(...) having the control, I think that it is so empowering for parents to be able to see the difference that they can make during treatment with their child. You may have a day where your child is stammering so badly all day, and then you are able to sit down and play with them, and change their speech completely to something fluent, and it's fantastic because it feels like you've got something to do. Because with stammering you feel very helpless as a parent, I think.» (C)*

Disse utsagnene beskriver på mange måter det jeg oppfatter som essensen i LP, at foreldrene inkluderes i behandlingen, og at foreldrene som de viktigste personene i barnas liv, er de som gjør at stammingen elimineres. Dette er også i tråd med Guitar (2003), som mener at LP gjør foreldrene i stand til å gjøre noe helt spesifikt for å hjelpe barnet for å oppnå bedre taleflyt. I samsvar med Goodhue et al. (2010), er alle informantene entydige på at LP er et meget godt verktøy, som gjør foreldrene bedre rustet til å håndtere stammingen.

### **5.2.3 Foreldre og barns erfaringer med LP**

Samtlige av informantene opplever at foreldre generelt har positive erfaringer med behandlingen. To av informantene sier:

*« I generally get really positive feedback from parents. Parents tell me that it's amazing and that they will tell anyone to do it» (C)*

*«The parents tell us that they are so grateful, and so happy because it works» (B)*

Dette samsvarer også med Packman et al. (2003b), Solheim (2008), Hayhow et al. (2003) med flere (jf. kapittel 3.4). I likhet med funn gjort av Goodhue et al. (2010) (jf. kapittel 3.4), forteller en av informantene at mange familier opplever å få økt kvalitetstid i en travel hverdag. Dette fører følgelig til at familiene setter særlig pris på den tiden de får sammen gjennom behandlingsøktene:

*«Lots of families just say they love that time they get, and the child just loves that time because you've got that one-to-one time with them, and lives are so busy for lots of people that it is something that becomes really important, and that the children really enjoy» (D)*

Hun forteller videre at hun også opplever at foreldres relasjon til barna endres gjennom behandlingen fordi fundamentet i LP er basert på så mye positiv feedback og ros. Hun forklarer at foreldrene selv, ser verdien av å gi positive tilbakemeldinger til barna, og at dette også har overføringsverdi til andre situasjoner, ikke bare på barnets taleflyt:

*« (...) the whole way people relate to their child change through it, because for some people their whole interaction before was really negative, and now they begin to see "oh actually, this really works well". So their whole relationship and the way their managing their child really change.» (D)*

Flere av informantene gir uttrykk for at foreldrene har en variabel opplevelse av hvor enkelt/vanskelig det vil være å gjennomføre LP. *«(...) some parents just click into it, but for others it's more difficult».* (D)

En av vanskene foreldrene opplever i starten er det å gi verbale tilbakemeldinger på barnets tale, som kan føles rart og unaturlig. Informantene mener at dette likevel overkommes forholdsvis raskt:

*« (...) it's giving the contingencies they find quite hard sometimes, because it's a really different way of speaking to their child, to give them feedback on their speech. So during the first week it feels quite odd to them, but then they are in a flow.» (A)*

*«Lots of them don't find it very natural to comment on their child's speech. It's not what we usually do, sort of naturally. And I think parents are hugely variable in how comfortable they are with it, whether they are the kind of parent that praises or not. So at first I always think that it feels unnatural for parents, but then they are always surprised after about 3 or 4 weeks, "I can't remember not doing it", so it's quite quick» (C)*

En av informantene legger likevel ikke skjul på at noen foreldre er mindre begeistret for programmet, men at dette kan tilskrives forskjeller i personlighet og hvordan de selv opplever at programmet gjennomføres: *«I'm not saying that all parents love it, because for some parents it's more of a burden than for others. But we're different personalities, aren't we? And it depends on how it's done».* (B)



I LP er det et prinsipp om at barna skal ha glede av behandlingen (Harrison & Onslow, 2010). I tråd med dette kommer informantene med flere uttalelser som indikerer at behandlingen oppleves som positiv, også for barna:

*«(...) they're just so pleased because they are able to fix they're bumps» (B)*

*«(...) they're enjoying the comments and the feedback, and they are asking for more of it, which is really good» (A)*

*«They are asking to do it every day. I don't know many other speech therapies where children are actually asking their parents to do it. Lidcombe has a serious fun factor. They absolutely love it, the praise is fantastic, and they have one-to-one time, moments doing fun stuff. Stuff that they can do, and stuff they can't. It feels brilliant for the children. Mostly they are nagging their parents to do it, which is just the way it should be.» (C)*

Opplevelsene informantene her refererer til, samsvarer godt med funn fra Goodhue et al. (2010) og Onslow et al. (2003) hvor barnas opplevelse av LP kommer til uttrykk også gjennom mødrene. Men, det kommer i tillegg frem at noen av barna gjerne finner de verbale betingingene litt uvant i starten, og at de derfor gjerne er litt motvillige til behandling:

*«(...)some children don't like it to start with. They can be a bit resistant, so then its about keeping the contingencies a bit low key.» (A)*

Selv om det i LP fokuseres direkte på barnets tale, og at barna får tilbakemeldinger på dette, samsvarer ikke informantenes beskrivelse av barnas opplevelse, med noe av den kritikken Laulund (2002) har kommet med (jf. kapittel 3.6):

*«(...) they're not sitting there thinking "oh no, they're going to talk about my bums". It's no big issue at that age. It's later that it becomes an issue, when it becomes a psychological problem. In these early stages its just a motor-problem, and its just one more thing that they can fix"» (B)*

*«I think because there are so much praise in there and positive feedback, and because they're hearing so much of the time how smooth they are, they're not feeling negative about it. And that's what should be happening, they shouldn't be feeling negative» (D)*

#### **5.2.4 Betydningen av gode nettverk**

Samtlige informanter ga uttrykk for at de hadde flere forskjellige typer nettverk, som de brukte som støtte i LP. Flere peker på betydningen av å ha lokale støttenettverk i form av

samarbeid med kollegaer internt på arbeidssstedet, og mellom klinikker. Både «Lidcombe News» og «Lidcombe Link Days» (jf. kapittel 3.7), var godt kjent blant informantene, og flere av dem uttalte seg om disse i intervjuene. Om «Lidcombe News» sies det blant annet:

*«(...) therapists can write and say, “we have this problem, can you help?”. And they help. And I think you need some people who passionately believe in it, who write about Lidcombe, and who offers support network so that people don’t feel isolated. And as a new therapist you might feel unsure whether you’re doing it right, so you need that support.» (B)*

Informanten fremhever at nettverk gir god støtte til logopeder i å få løst vanskelige tilfelle, og er en viktig rettesnor for mer uerfarne logopeder, som føler seg i litt ukjent i terreng, ved å bidra til mindre usikkerhet rundt det å stå alene med problemene. Tre av informantene uttrykker at de jevnlig benytter «Lidcombe Link Days», som nettverksarena. Møtene foregår to til tre ganger i løpet av året, og logopeder kan diskutere både vanskelige tilfeller og suksess historier, som begge gir god erfaringsoverføring. De får der faglig påfyll og kjennskap til ny forskning på området, og får informasjon om eventuelle endringer i programmet.

*«(...) they are really helpful and they just keep you up to date with what’s happening. It’s brilliant.» (D)*

*«(...) it’s a really important part of Lidcombe, that you have that sort of support where you can discuss cases. I mean, I do it a lot for people, and I need to do it with my own cases as well...» (C)*

Med unntak av «Lidcome News», som tilbys alle med gjennomført LP trening, finnes det meg bekjent per i dag ikke et eget nettverk i Norge for logopeder, som bruker LP. På bakgrunn av det jeg har lært fra intervjuene, mener jeg at også norske logopeder i sin anvendelse av LP, vil kunne ha stor nytte av nettverk, som beskrevet her. For, som Harrison og Onslow (2010) også påpeker, er det viktig å ha andre logopeder å rådføre seg med når LP anvendes.

### **5.2.5 Utfordringer ved bruk av Lidcombe programmet**

Informantene påpeker generelt at det er del utfordringer knyttet til LP, men som eksemplifisert i følgende utsagn, at disse utfordringene også er tilstede innen alle former for logopedisk behandling:

*«There are challenges but I think they are probably challenges that impact on all sorts of speech therapies» (C)*

*«(...) the sort of challenges that you're going to get in most therapy will apply here, I suppose» (B)*

### **Tilgjengelig tid til behandling**

Familiens livssituasjon ser ut til å ha betydning for foreldrenes evne til å gjennomføre programmet. Det pekes på at mange har travle hverdager som følgelig påvirker den tilgjengelige tid de har til å gjennomføre behandlingen:

*«(...) most families seem to be incredible busy, mums working (...)so it's not easy for families, and because children come home for school, and they've got to do their reading. And even the little ones have homework and things. So it's another thing that they've got to fit in to their routine» (D)*

Utfordringer med å sette av nok tid til behandling er noe som går igjen i flere undersøkelser (Hansen & Herland, 2003; Goodhue et al, 2010; Koushik et al., 2009).

En av informantene mener på den ene side klienter i hennes område skiller seg ut ved at gjerne kun en av foreldrene er i jobb, og derved kan den hjemmевærende ta seg tid til å gjennomføre behandlingen. På den annen side er familiene ofte fattige og føler seg på en måte litt «utenfor» og deprivert relativt til i andre områder. Kombinert med at familiene ofte er av utenlandsk opprinnelse og har større barneflokker enn etnisk britiske familier, fører dette noen ganger til at de har annet å ta seg av enn å følge opp behandlingen:

*«Parents miss appointments quite often, but often there are good reasons for that. Very large families often, so parents got this child, they are bringing another three children to clinic, or they've got a lot of children, four children, five children, six, seven, eight to deal with at home, so finding time to do the program.» (A)*

### **Forstyrrende elementer i behandlingssituasjon**

Goodhue et al. (2010) dokumenterer også i sin studie at flere av mødrene i studien sier de ikke fikk konsentrert seg skikkelig om barnet som stammet, når andre søsken var til stede samtidig. Denne type utfordring løses gjerne på forskjellig vis fra logoped til logoped, blant annet som eksemplifisert her:

*«My approach is to bring them in because the mum has to deal with these kids when she's doing the program anyway. And I think if I can't to it, how am I going to expect*

*her to do it? So, if there is another sibling at a similar age, then often I get them doing the activity as well. I might do picture lotto or something like that, and then we play with the sibling as well. And you're only giving feedback on the smooth talking to the child you're working with, but the other child joins in. So you're trying to learn parents managing that so she can include both children» (A)*

Som det fremgår i eksempelet under, påpeker imidlertid informanten at det er grenser for hvor mange barn, som kan være tilstede under behandling:

*«I mean within reason. You can't do a Lidcombe session if your room is in complete chaos, and there is very young children pulling things off the shelves, and so on. But generally if there are one or two other siblings they seem to manage it. It's just the reality. The parent has got to manage that at home.» (A)*

Informanten vektlegger altså å legge til rette for behandlingen, slik at også mor kan lære seg å håndtere denne typen utfordring. Det må hun klare, ikke bare på logopedkontoret, men minst like viktig i de daglige hjemme øktene.

Et lite hjertesukk knyttet til å håndtere forstyrrende elementer kommer også til uttrykk i følgende sitat fra en annen informant: *«(...) currently all the research is based on weekly visits, so that's a challenge for a therapist to try and help a parent do that» (B)*. I likhet med Glasgow et al. (2003), påpeker hun at det ofte er et skille mellom de ideelle betingelsene forskningen foreskriver, og den hverdagen logopedene opplever. Også hun fremhever ut fra dette hvor viktig det er å hjelpe familien til å finne gode løsninger, slik at de likevel klarer å gjennomføre behandlingen.

### **Offentlige vs. private behandlingsklinikker**

Kun en av informantene har erfaring fra offentlig og privat praksis (jf. kapittel 4.2.3).

Erfaringene hennes er relevant, siden hun oppnår noe bedre og raskere resultater i den private enn i den offentlige praksisen. Forskjellen i behandlingsresultater, og tidsbruk ser ut til å korrelere med familienes levekår, samt antall barn, velstandsnivå, kultur og språk, etc:

*«(...) and I think where I get better results, or the quicker results is where families, the professional parents tend to have, without generalising too much, fewer children, they might just have two children, three, one child. Or tend to have nannies to take the other children off. So yes, that's ideal» (A)*

På tross av at LP praktiseres likt begge steder, mener hun forskjellene, spesielt i tidsbruk, har sammenheng med at familiene, som benytter privat klinikk oftere har god råd, er

ressurssterke, har færre barn og en ordnet tilværelse der begge foreldrene er i jobb og kan hyre inn barnevakt. Da blir det lettere å etablere en ideell, strukturert behandlingssituasjon, der kun barnet som stammer og mor er tilstede, både i logopedtimene og i øktene hjemme. Tidsutfordringene er nærmere beskrevet i avsnittet «Tilgjengelig tid til behandling».

Siden virkeligheten for mange fortoner seg ganske annerledes, er det da helt nødvendig at logopeden hjelper til med å tilpasse og håndtere de større utfordringene i mindre heldigstilte familier.

*«(...) highest level of child poverty in Britain in this borough...(...) I don't think we tend to hit those points as soon as we should. And I think the reasons for that are we often have to work with interpreters, so things just take longer. (...) those kind of factors, which impact on the ability to roll out the program, but the outcomes are still good» (A)*

På tross av de forskjellige forutsetningene er sluttresultatene begge steder fortsatt gode, men tar lengre tid å oppnå i mindre heldigstilte omgivelser.

Siden LP praktiseres likt i begge tilfelle, er konklusjonen jeg trekker ut fra dette, at forskjellen i resultater og tidsbruk mellom offentlig og privat praksis, først og fremst skyldes de miljømessige rammebetingelsene klinikkene jobber under.

### **Opplæring og forståelse**

Flere av informantene opplever utfordringer relatert til å lære foreldre opp i LP slik at de får en forståelse for hvordan språket må struktureres for å fremkalle ønskelig respons fra barnet. Som det redegjøres for i kapittel 3.2.3, må foreldrene også læres opp til å forstå hvordan verbale tilbakemeldinger skal gis:

*«(...) the parent have to learn techniques of how to structure the child's language for minimal stuttering so they can give the feedback in a much greater proportion of stutter-free, than in feedback for stuttering. The majority of parents are absolutely fine about it, but of course you're going to have some parents who are more challenging. Who haven't got that ability» (B)*

Informanten forteller at barnet da ikke nødvendigvis liker de verbale tilbakemeldingene, siden det kan bli for mye feedback som retter seg mot stammingen og ikke den stammefrie talen: *«(...)so of course the child doesn't want to hear that all the time» (B)*. Onslow (2003c) påpeker at den viktigste responsen foreldrene kan komme med, er på stammefri tale, fordi

behandlingen skal være en positiv og morsom opplevelse for barnet. Når de verbale betingingene gjennomføres feil, kan barnet få negative reaksjoner, lik den informanten beskriver.

En annen informant opplever en lignende utfordring relatert til foreldres forståelse for hvordan foreldrene skal strukturere barnets språk:

*«(...) for some people it's just hard for them to see and understand those differences. So some of them just say "do you like this one?", and the child goes like "yes", and they're like "oh, that was one of those questions that doesn't give me an answer". So the parents ability to understand the whole feedback that they need to give, and how they need to ask the right sort of questions can be an issue....» (D)*

### **Kulturelle forhold**

Kulturelle forhold kan påvirke hvordan LP utføres av foreldrene. Vanligvis gjøres LP gjennom en aktivitet eller en lek som barn og foreldre har felles oppmerksomhet rettet mot (Lincoln & Harris, 1999). I noen kulturer er det gjerne ikke vanlig for foreldrene å gjøre ting sammen med barna, og Shenker og Wilding (2003) hevder at behandlingen kan bli mer utfordrende, og at den derfor må tilpasses familien og den kulturen de har. Dette fremkommer også fra to av intervjuene.

*«(...) the cultural differences, that's more difficult I think. It's not part of their ordinary life sitting down playing with the child, or looking through books and pictures necessarily. Then you actually get parents to do things that feel quite odd to them. So we need to think very carefully how much is to be gained by getting a parent to learn a few activities just for the sake of Lidcombe, or can you fit the Lidcombe into what is already there, to what they're doing? But sometimes they're not doing very much. So you need to get them into thinking what they could do more of.» (A)*

Som informanten her forteller, er det gjerne vanskeligere å få LP til å passe inn i familier fra andre kulturer. Det er imidlertid ikke sagt at dette ikke lar seg gjøre. Informanten forteller også at de tidligere hadde et system hvor de brukte «smooth talking bags» som inneholdt spill og bøker, eller annet materiell som kunne være nyttig for familiene å bruke i behandling. Familier som ikke hadde nødvendig utstyr, fikk derfor låne med seg posene hjem.

*«The downside of that is that they are only doing a small number of activities but at least they are doing it. So that worked quite well.» (A)*

Som hun sier utfører familiene noen ganger bare en liten håndfull av disse aktivitetene sammen med barna, men at det tross alt er viktig at de hvert fall gjør det de kan. En annen informant trekker også inn utfordringer i forhold til å jobbe med LP i flerkulturelle familier:

*«(...)perhaps families are quite good at the question-with-an-answer-book-bit, because for some cultures it's more structured, but they don't necessarily do so much of just playing. And then when we say "oh, do it in a game or play activity" they will struggle with that. So instead we would say "Do it while he's helping you get things ready for tea", or whatever it might be that they do. So you just have to sort of translate it into what's needed.» (D)*

Logopedene må derfor klare å tilpasse programmet til hver enkelt familie og deres behov, som er i tråd med at LP skal skreddersys hver enkelt familie (Onslow, 2003a). Manualen forteller imidlertid ikke hvordan logopeden skal gjøre dette, og det er derfor noe logopeden i dialog med familien må finne ut av. Dette fordrer følgelig et godt samarbeid mellom de ulike partene.

*«(...) all the way through we're sort of saying to parents, "come back and tell us the reality of what's happening" because we need to problem-solve these things. So you've really got to make it fit that individual child, that family.» (D)*

### **Fremmedspråklige familier**

Behandling i tospråklige familier trenger nødvendigvis ikke å utgjøre noe problem fordi mange av foreldrene ofte snakker engelsk ganske bra, og siden språket som brukes er nokså enkelt:

*«(...) you can always do some of it in English, and they can understand because its basic language that we're using. "red dog, smooth talking", "blue cat, smooth talking". Its not high-level stuff, so they get it» (A)*

Dessuten, sier informanten at ved større språkutfordringer, er det ingenting i veien for at behandlingen hjemme kan foregå på språket, som vanligvis brukes der. I de tilfeller familiene kun er fremmedspråklige brukes gjerne flerspråklige kollegaer eller tolk i logopedtimene.

*«With a co-worker... they are often able to tell me if the parent is doing it right or not. But with an interpreter you have got to make your judgement through them.» (A).* I samsvar med Shenker (2004) og Shenker og Wilding (2003), bekrefter informanten at bruk av tolk som mellomledd er en større utfordring enn å bruke en kollega, for eksempel ved at behandlingen tar lengre tid, og at hun er avhengig av at både tolk og hun selv har samme forståelse for hvordan behandlingen utføres.

## Behandling som ikke følges opp konsekvent

I overensstemmelse med funn fra Goodhue et al. (2010) og Rousseau et al. (2002) sine undersøkelser, opplever en av informantene noen ganger at behandlingen ikke følges konsekvent opp: «(...) *parents who want to do it but “I forgot to do it”. And with Lidcombe we want them to do it every day and they mainly do, but those are challenges...*» (B)

En annen informant trekker frem en utfordring relatert til behandling som ikke følges opp på grunn av lite engasjement:

*«I have had quite a lot of them, where if say a parent like the dad, has had a stammer and has a very negative view of speech therapy, because it didn't help him. So then it can be quite difficult to encourage them to engage in Lidcombe»* (C)

Som informanten forklarer, og som tidligere beskrevet i kapittel 5.2.1, kan foreldres forventninger til behandling få betydning for hvor mye engasjement som legges ned i behandlingen. Informanten uttrykker her at foreldres tidligere negative erfaringer med behandling, gjør at de ikke alltid har tiltro til at behandlingen skal virke. Dette samsvar også med funn fra Harrison et al. (2003) sin undersøkelse.

Stamming er en vanske som har vist seg ofte å være et tilbakevendende problem, jf. Jones et al. (2008), og av den grunn anses det som helt nødvendig å gjennomføre hele fase 2 av LP (Guitar, 2014). Opphører behandlingen kan dette medføre at barnets stammegrad øker igjen (Webber & Onslow, 2003). Informantene opplever det som en utfordring når ikke foreldre følger opp behandling skikkelig. Som det fremkommer tidligere i kapittelet, kan det være ulike årsaker til at behandlingen ikke følges opp. Flere av informantene gir uttrykk for at mange foreldre slutter å gi verbale betingelser når stammegraden er redusert til et lavere nivå, dette til tross for at barnet fortsatt stammer:

*«(...) sometimes you can have a relatively quick fix, and then the parents don't particularly want to see the whole thing through. So they stop coming to the clinic because they are so happy that it has gotten so much better. But they don't want to be tied to doing the whole process of being at stage 2 and keep coming to clinic.»* (C)

*«One of the biggest problems is when things begin to come down, then often families sort of let it slip too quickly. Often families will drop off the strategies that they're using, and the prompts a bit too quickly. (...) when they're getting the scores down to 2s and 3s they're much more relaxed about it, even though their child is still*



*stammering. So they stop giving any positive feedback, and then it suddenly pings up again.» (D)*

Som det fremkommer, øker stammegraden når foreldrene stopper å gi verbale tilbakemeldinger på barnets tale. Denne problematikken samsvarer også med funn gjort av Harrison et al. (2003). I tråd med Webber og Onslow (2003) og Bernstein Ratner og Guitar (2006), forklarer den ene informanten at familien da må gjeninnføre mer strukturerte og ustrukturerte økter med barnet.

### **Sammendrag omkring utfordringer**

Som vi har sett uttrykker informantene at LP, som andre logopediske behandlingsformer, har en del typiske utfordringer. I drøftingen av disse har jeg prøvd å få frem informantenes syn om at de aller fleste utfordringer lar seg løse uten at behandlingsresultatet trenger å bli forringet, men tiden det tar å oppnå forbedring er ofte knyttet til miljømessige faktorer i familiens hverdag. De gode resultatene begrunnes bl.a. med at språket som brukes i LP, kan gjøres enkelt forståelig, at programmet er strukturert og logopedene vektlegger en god ivaretagelse og opplæring av foreldrene, slik at de forstår hva utfordringene innebærer, og selv kan se konsekvensene det har om de ikke følger behandlingsopplegget.

### **5.2.6 Effekt av LP**

Det fremkommer fra samtlige av informantene at LP er en effektiv måte å behandle stamming på, og de opplever følgelig gode resultater i de fleste behandlingstilfellene. Som en av informantene forklarer her:

*«I feel probably about half go completely fluent and keep their fluency, but that is just a bit of a guess. And then the others, most of those bring it down to a much more manageable level. And then there are the odd one or two, usually older ones, or else if you have massive behavioural issues, or the families just can't make it. These are the reasons that you know that it hasn't had any impact, but they're sort of unusual.» (D)*

Informanten opplever at behandlingen vil gjøre flesteparten av barna stammefri, og at effekten vedvarer. Hun konstaterer også det faktum at ikke alle barn oppnår full bedring med LP, men at de fleste vil oppnå en bedring. Hun opplever også et fåtall barn hvor behandlingen ikke ser ut til å ha noen effekt. Informanten sier i denne sammenheng at faktorer som alder, andre vansker eller foreldrerelaterte forhold påvirker resultat, (jf. Utfordringer i behandlingsprosessen, kapittel 3.3, Harrison et al., 2003; Rousseau et al., 2002).

En annen forklarer det slik:

*«I think it works. I'm not saying 100 %, it doesn't. I would be lying to say that. There are always children where it doesn't work, for a variety of reasons. It could be parent, could be therapist, or it could be child. But it works for most of them, I think. Well I've made it work for most of them.» (B)*

For henne har programmet virket, og som hun i den siste linjen påpeker er det hun, som logoped, som gjør at programmet virker, med gode resultater i de aller fleste tilfelle.

Lidcombe programmet er som nevnt et foreldrebasert program (Onslow, 2003a ), og slik jeg tolker hennes utsagn, fordrer det altså tett oppfølging fra logoped for at programmet skal la seg gjennomføre, og for at det skal gi best mulig resultater. Hun trekker også frem at for at Lidcombe skal fungere må også logopedene ha tro på denne formen for behandling, og ikke minst, ha et åpent sinn. Her peker hun på det mulige hinderet som ligger i at det er vanskelig å skulle skifte fra en retning til en annen, fordi Lidcombe bryter med det tradisjonelle synet på stammebehandling:

*«(...) that we directly approach the speech, we work directly on the speech, where as DCM and PCI they are very much what we call indirect aren't they. So they actually think it's wrong, they think that there are problems if you work directly on the speech. (...) because they think it's awful and actually try to help a child change their speech, because they think that that'll make it worse» (B)*

Hun uttrykker her at den teoretiske bakgrunnen og holdningen logopeder har, både til stammebehandling og til selve programmet, ofte får betydning for hvor vellykket programmet er. Hun forteller at hun opp igjennom har møtt flere logopeder som er «tilhengere» av den indirekte tilnærmingen og som nesten bevisst har gått inn for å bevise at programmet ikke virker. Og, da virker det jo heller ikke. Hun kommer med følgende eksempel:

*« I can remember a person who came very strongly from the other tradition, the environmental tradition, who didn't want to really know much about Lidcombe but thought they ought to. And the very first case they chose to use the Lidcombe program with was a child who wouldn't speak, a selective mutism who will only talk in one place, say with the parent and not talk anywhere else. Now that isn't a way to learn how to do Lidcombe but it is a way to show that Lidcombe doesn't work» (B)*

Som vi ser, kan det være vanskelig for en logoped å gjennomføre LP når ikke forholdet ligger til rette for å anvende programmet slik det er tenkt. Som Onslow (2003c) påpeker, er det de

verbale tilbakemeldingene som er det grunnleggende behandlingsmiddelet ved Lidcombe. Når det er vanskelig å fremkalle respons fra barnet, vil det slik jeg ser det, være en stor utfordring både for logoped og foreldre å gjennomføre tilbakemeldingene slik de er tenkt, med fare for redusert behandlingsutbytte.

Som en av informantene trekker frem er LP vanligvis meget effektivt, selv om utfordringer er tilstede:

*«(...) there are always cases that challenges you, but are you able to carry out the program then it is usually really effective.» (C)*

Her kan det også trekkes linjer til Rousseau et al. (2002) sin undersøkelse hvor det fremkom at flesteparten av logopedene vurderte programmet til å være effektivt, selv om det var tilstedeværelse av andre vansker. Det skal imidlertid påpekes at utfallet av behandling kan la seg påvirke av dette.

Men, som det også fremheves, vil programmet i stor grad virke, så fremt det er godt tilpasset det enkelte barns forutsetninger, og gjennomført på riktig måte, helt i tråd med prinsippene for LP (jf. Onslow, 2003a):

*«I think pretty much the program always works, **if** it's been properly selected for that child, and that it has been carried out properly.» (A)*

Jeg stilte et oppfølgingsspørsmål knyttet til behandlingsmanualen, og da svarte informanten følgende:

*«I absolutely stick to the program in its pure form. I really am pretty rigid about the way I stick to it because that's what all of the research is based on. And I think that's when people don't get really good outcomes is where they start doing their own thing with it» (A)*

Hun trekker her inn at forskningen på LP tilsier at man følger behandlingsguiden, og det er på dette grunnlag, behandlingen gir god effekt (jf. Harrison et al., 2002; Jones et al., 2005; Latterman et al., 2008). Hun antyder også at logopeder som ikke følger behandlingsmanualen og som gjerne gjør sine egne ting, gjerne oppnår dårligere resultater med Lidcombe programmet. I likhet med dette hevder også Waller (2009) at der man ikke holder seg til behandlingsmanualen risikerer man at behandlingen vil mislykkes (jf. kapittel 3.5.2).

Som en av de andre informantene også trekker frem, bidrar behandlingsmanualen til at man holder seg til visse prinsipper for hvordan, og til hvilken tid man skal utføre ulike deler av programmet:

*«The treatment manual guides you when to do those things, and at what point you bring those in, and how there are very specific ways that the feedback is done. So there are lots of underline principle, and I apply that to all children» (D)*

Informanten uttrykker at hun alltid forholder seg til prinsippene i behandlingsmanualen, og i likhet med den andre informanten trekker også hun frem at det har liten verdi å anvende kun enkeltdeler av LP, men gjennomføre LP fullt og helt slik det er ment:

*«(...) if we don't do it in that way, it's not something that we can water down. We have got to do it properly, or not at all » (D)*

Som dokumentert i dette kapittelet, og på lik linje med teori og empiriske studier (jf. kapittel 2 og 3) har informantene i utvalget alle et nokså ensartet syn på at LP i de fleste tilfeller har god effekt med hensyn til å eliminere og redusere stamming hos førskolebarn, og til og med i noen grad på barn opp til 9 års alder. Det er ikke identifisert avvikende syn på dette. Datamaterialet i studien viser kun nyanser rundt denne konklusjonen basert på den enkeltes praktiske erfaring i fra egen hverdag.

### **5.3 LP i forhold til andre behandlingstilnærminger**

På bakgrunn av informantenes lange brukstid med LP, og som det fremgikk i kapittel 5.2.6, har informantene erfart at denne behandlingsformen effektivt reduserer og eliminerer stammingen. Informantene gav uttrykk for at den indirekte tilnærmingen i vesentlig mindre grad fører til at barna blir kvitt stammingen. Samtlige av informantene uttrykte også at det hefter større usikkerhet knyttet til utfallet av den indirekte metoden, enn med LP:

*«(...) it was a kind of some times it worked, sometimes it didn't. It was like fingers crossed, it might work, and how much of this has to do with the fact they would have gotten better anyway? Because we are working with them so young, you couldn't tell what was natural recovery.» (B)*

Informanten har altså en erfaring, som tilsier at hun ved den indirekte metoden sitter igjen med en følelse av å «håpe på det beste» fremfor å vite at metoden virker. I tillegg antyder hun at naturlig bedring, kan spille en større rolle for resultatet ved indirekte behandling, enn ved

LP behandling. Indirekte tilnærminger er, i mindre grad enn LP vitenskapelig dokumentert, (jf. Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008) og det er derfor mer usikkert om effekten av behandlingen kan tillegges selve behandlingen, eller naturlig bedring. I LP, er imidlertid denne effekten godt dokumentert gjennom flere studier (jf. Harris et al., 2002; Jones et al., 2005; Latterman et al., 2008). Faktisk har barn som behandles med LP 7,5% større sjanse for å oppnå fullstendig bedring, enn barn som ikke mottar noe form behandling (jf. Onslow et al., 2012).

En informant trekker frem at hun opplever at den indirekte tilnærmingen ikke alltid er tilstrekkelig for barn med mer avansert stamming. Hun referer her til Palin PCI:

*«I think it was successful with some children. I think some did stop stammering. But I always felt there was a group of children that I wasn't helping, and I think those were the children who were more hardwired for stammering, that would be persistent.» (A)*

Uttalelsen er i tråd med både Guitar (2014) og Sønsterud et al. (2014) som mener at indirekte behandling ikke alltid er like gunstig for barn med mer avansert stammeatferd, og hvor stammingen ser ut til å vedvare.

Informantene påpeker også at LP og indirekte tilnærminger har fokus på ulike ting. I LP retter man fokus direkte på barnets tale (Packman et al., 2014), mens indirekte stammebehandling mer konsentrerer seg om å tilrettelegge miljøet rundt barnet (Packman, 2012). Målsetningene i LP og ved indirekte tilnærminger, er også noe ulike. Mens målet i LP er å eliminere stamming helt (Onslow, 2003a), er den primære målsetningen i for eksempel Palin PCI, å hjelpe foreldre å håndtere stammingen, deretter å redusere bekymringer, og tilslutt er målet å redusere stammingen til mer normale forhold (< 3% stammede stavelser) (Guitar & McCauley, 2010; Botterill & Kelman, 2010).

En annen informant utdyper usikkerheten ved den indirekte metoden ved å peke på at selv hvor mye, og hvor bra miljøet blir tilrettelagt, er stammingen fortsatt til stede for noen barn:

*« (...) it worked for some children, but for others, however how perfect we got that environment, it was still there. Or because we couldn't get that environment perfect ever, it was still there » (D)*

Usikkerhetene informantene belyser i forbindelse med miljøets effekt på behandlingsresultatet tolker jeg til å ha sammenheng med at man ikke kjenner de bakenforliggende årsakene til stamming (jf. Onslow & O'Brian, 2013). Som redegjort for i kapittel 2, kan vansken sees ut ifra et multifaktorielt årsaks perspektiv (Garsten & Lundström, 2008). Da kan det være vanskelig å finne den, eller de mest dominerende årsaken(e), som behandlingen helst burde rettes mot for at flyt skal oppnås. Og, ved en miljørettet tilnærming er det heller ikke sikkert at man er i stand til å påvirke disse årsaksforholdene, som for eksempel om stammingen styres av anormale forhold ved hjernens struktur og funksjon, jf. Onslow og O'Brian (2013). Usikkerheten ved den miljørettede tilnærmingen, knyttes også til at man ikke har tilstrekkelig oversikt over, eller påvirkningskraft på kravene utenfor den nærmeste familierelasjon, og således ikke har mulighet for en perfekt avstemning av behandling til de faktiske forhold:

*«You can't change the way their siblings react, or their friends react, or how things are at the playground, or a teacher. You can't put them in a bubble. So to me it makes a lot of sense strengthening the child's systems, so that they can manage those environments, rather than to change the environment everywhere the child is. It just seems logical that that is going to be better.» (C)*

Informanten gir her uttrykk for at hun har mer tro på å styrke barnas tale-system uavhengig av miljø, slik Lidcombe programmet nettopp gjør.

Som i andre direkte tilnærminger (Packman, 2012), jobbes det i LP helt konkret med taleflyten (Onslow, 2003a). Så lenge det er fremgang i behandlingen, anses det derfor ikke nødvendig å gjøre endringer i barnets miljø, slik den indirekte behandlingen sikter mot. Dette samsvarer med Harrison et al. (2007), Onslow (2003a), Lincoln og Harris (1999) og Packman et al. (2014), og uttrykkes av en av informantene slik:

*«I don't really need to address those really, because actually I am dealing with the core thing, and if we can sort that out within the child it doesn't matter what's happening around » (D)*

Informantene trekker også frem at med LP er de trygg på at de har noe å tilby, også ved utfordrende case. Dette står dermed i kontrast til hva de opplever ved den indirekte tilnærmingen:

*«I think its mostly just feeling confident that I've got something to offer them, where as in the past I just had questions about what we were doing. That it just seemed to*

*leave gaps; we can do this but what about everybody else? Actually for this child it's sort of persisting, and this means that I've got something to offer people that works well, and that the children really enjoy.» (D)*

*«I think what the Lidcombe program did, was to allow me to offer something to those children who are more hardwired. And still, I wouldn't offer it to every child because I am quite careful. If it looks like the child is going to stop stammering without any therapy then I wouldn't do it, I'd monitor them quite closely first, but if there's children where it appears that there is a risk of persisting stammering I would use Lidcombe» (A)*

Informantene opplever også en mer åpenhet i forhold til stammingen, enn de tidligere opplevde å gjøre med den indirekte tilnærmingen: *«Lidcombe just gets it out there, we talk about it» (C)*. Samtlige av informantene anser dette som en positivt side ved programmet. En av informantene forteller at da hun jobbet mer indirekte, var hun ganske bevisst på å ikke snakke om vansken når barnet var tilstede: *«I think we were quite conscious of not having discussions about it in front of the child at that point» (D)*

I sammenheng med at det gjennom LP er mer åpenhet i forhold til stammingen, fremheves også at det ovenfor barnet, på ingen måte legges skjul på hvorfor barnet er hos logopeden:

*« Our kids know, they know what we are doing because we explain it to them. They know that they are there to get smooth talking and to fix their bumps. And they are fine about it, and they are proud about themselves.» (B)*

## **5.4 Råd til nye logopeder som skal bruke LP**

I intervjuene var jeg også interessert i å høre om informantene kunne komme med noen velvalgte råd til andre logopeder som vurderte å gå i gang med LP.

### **Unngå fordommer, og få kunnskap om nye ideer før de avvises**

En forutsetning for å kunne ta i bruk nye ideer, som LP i dette tilfellet representerer, er å være åpen og nysgjerrig for andre måter å tenke på. Før man vet om noe er bra eller dårlig, skal man ikke avvise nye metoder før de er forstått og vurdert (jf. Informant B sin kommentar i kapittel 5.1, Opprinnelige tanker og holdninger til LP). Om man basert på ny innsikt blir overbevist om at LP virker, la det bli en del av den fremtidige verktøykassen for behandling av førskolebarn som stammer.

En viktig ting å ha i mente, og som trolig vil ha relevans i all logopedisk behandling, er det som en av informantene her uttrykker::

*«(...) there are pitfalls, there are places where LP can go wrong, but you learn those things as you go along. (...) so even if you make a mistake, it doesn't mean that the child is ruined for life. You just have to sort it out, and then it will be fine. Children are very resilient, really» (B)*

### **Anvend et «tekstbok eksempel»**

Samtlige informantene trekker frem at det helt i startfasen vil være best, om mulig, å velge et barn som de kaller for et «tekstbok eksempel». I dette begrepet legger de til grunn følgende kriterier:

- Ingen språklige eller kulturelle barrierer
- Et barn i riktig alder. Flesteparten av informantene mente at en alder fra 3½ - 4½ ville være det enkleste stedet å starte.
- Et barn som ikke har for mange atferdsvansker
- Unngå å gjennomfør LP med en familie som tidligere har prøvd mange ulike behandlingsformer. Begrunnelsen for dette er at familien kan ha en forventning om at behandlingen ikke kommer til å virke, og som dermed gjør det vanskeligere å gjennomføre, eller at barnet kan være lei av å stadig være i behandling.

Får man i starten prøve ut LP på slike «tekstbok eksempler» får man de beste forutsetninger for virkelig å lære seg programmet, uten for mye problemløsning underveis:

*«(...) choose a case like that where you are going to learn your craft. Don't try and learn on a difficult person because all you get is having to problem-solve all of those other things, rather than learning how to do the program.» (B)*

### **Prøv ut LP så snart som mulig**

For ikke å glemme hva man har lært, mente tre av informantene at det ville være viktig å prøve ut LP snarest mulig etter at man har fått opplæring i programmet. Det er dette som gjør logopeder best i stand til senere å tilpasse programmet til ulike behov:

*« (...) in two or three months after training I had probably had 10 children doing the program. And that's where you build up your expertise because, "this one is the same as that one, but that one is really different", so you start being able to adapt it, and it's good practice.» (A)*



### **Observer andre gjøre LP**

To av informantene trekker frem at det kan være smart å observere andre, mer erfarne logopeder gjøre LP. I dag består Lidcombe kursene kun av to dager med opplæring, og som en av informantene påpeker er det mye som skal læres i løpet av kort tid:

*« (...) the training is a short period of time to learn something that is actually quite complex(...) I think I learned a huge amount by watching, because I had the luxury of watching it as a parent and learning how to do it. But I also learned a lot just by watching how my colleagues did it. I think you learn such a lot, whether that's from watching videos, or actually going to specialist clinics and watching people work. It's just fantastic; even if it's just for a day. Because you can't just read about it, you need to see it being done. Everybody has a slightly different style, but I think it's quite a prescriptive way of doing speech therapy. So it is useful to see it being done.» (C)*

### **Vær tro mot behandlingsmanualen**

Tre av informantene trekker frem at de anbefaler nye logopeder å være tro mot behandlingsmanualen. En av disse trekker frem at de som ikke er tro mot manualen, er de som også har minst suksess med LP. En annen trekker frem at behandlingsmanualen er et viktig hjelpemiddel for å unngå feilbehandling med LP: *«You have to do it right because it's quite easy to get it wrong since you haven't gotten tight about everything yet » (A)*

En av informantene opplever at manualen er til hjelp for henne under behandling, fordi den gir henne god veiledning i anvendelsen av programmet: *«(...) it feels alright because you are following this structure, so you know what you are supposed to be doing in a session» (D)*

Samtlige informanter påpeker dessuten at innenfor behandlingsmanualens rammer, gis det rom for å tilpasse behandlingen til det enkelte barn og barnets familie. Det blir derfor opp til den enkelte logoped å vurdere hva som passer å gjøre, eller ikke gjøre i det enkelte tilfelle, og man må enes om dette i dialogen mellom logoped og familie.

### **Opprett nettverk**

Som jeg tidligere har beskrevet i kapittel 5.2.4, har alle informantene en form for nettverk hvor de kan henvende seg. Dette er noe tre av informantene igjen trekker frem, når jeg spør hvilke råd de vil gi. Et nettverk med andre logopeder, som bruker programmet, gjør det enklere å løse vanskelige tilfelle, der man ellers ville stått fast:

*« (...) you always have to going to problem-solve in Lidcombe. Not because it's full of problems, just because it takes time and things happen and you need to solve them. So when you're problem solving something, it is really helpful to have specialist colleagues that you can do that with, or with people who've got more experience than you.» (C)*

Informanten forteller at det hele tiden må problemløses i LP. Muligens kan dette virke avskrekkende på logopeder som er i startgruppen med programmet, og som en av de andre informantene påpeker, gjorde tilgangen på relevant erfaring fra nettverket det mye lettere for henne å starte opp med LP:

*«(...) because we have always had good support, it meant that it was easier for us. Because when we didn't feel sure what to do, we had people to bounce ideas off and that made it feel less daunting.» (D)*

## **Utstyr**

En av informantene trekker frem at det er viktig at logopeder tenker på hva slags utstyr som kan være relevant å ha tilgjengelig under behandlingen. Hun gir noen eksempler på hva slags utstyr som kan være greit å ha, enten på logopedkontoret eller som man tar med seg ut i barnehager:

- Et utvalg av bøker og spill som fremmer ulik lingvistisk kompleksitet
- Små figurer eller klistremerker som kan limes på en tavle (Håndgripelig/konkret belønning som, i følge henne, styrker de verbale betingingene)
- Diverse lekemateriell som kan anvendes i behandling

## 6 Avslutning

Gjennom denne oppgaven har jeg prøvd å besvare mitt definerte forskerspørsmål, «*Hvilke erfaringer har engelske logopeder med Lidcombe programmet i stammebehandling av førskolebarn?*», gjennom å forankre min forståelse av det undersøkte datamaterialet til teori og erfaringer fra empiriske studier knyttet til stamming og stammebehandling av førskolebarn. Forskningsoppgaven er besvart gjennom først å beskrive de teoretiske hovedtrekkene omkring hva stamming er, og årsakene til at stamming oppstår. Deretter har jeg beskrevet noen viktige definisjoner på stamming, og konstatert at ingen av disse er entydige, men må sees i sammenheng for å kunne dekke begrepet stamming fullt ut. I lys av de teoretiske forutsetningene, har jeg redegjort for de gjeldende metodene for stammebehandling, og knyttet disse opp mot empiriske studier, som har gjort det mulig å redegjøre også for hovedtrekkene omkring de forskjellige metodenes målgruppe, effekt og anvendelsesgrad. Spesiell fokus i denne sammenheng har vært rettet mot Lidcombe programmet, som er grundig redegjort for i oppgaven.

Datamaterialet er innhentet via intervju med fire engelske logopeder med spesialist- og allmennlogopedisk erfaring innen stammebehandling av førskolebarn. Logopedene hadde alle lang erfaring med LP, som det viktigste verktøyet for direkte stammebehandling av førskolebarn. Alle hadde tidligere brukt indirekte stammebehandlingsmetoder, mens de i dag i all hovedsak anvender LP. Datamaterialet ble bearbeidet og strukturert i samsvar med metodikk, forskningstilnærming, krav og retningslinjer, redegjort for tidligere i oppgaven. Basert på mine forhåndsdefinerte intervju spørsmål, ga de engelske logopedene utfyllende svar på alle aktuelle forhold relevant for oppgaven. Intervjuene var relativt åpne, og de engelske logopedenes virkelighetsbeskrivelse fra egen praksis, har utdypet og nyansert bildet jeg tidligere hadde av stammebehandling.

I analysearbeidet har jeg gjort mitt beste for å strukturere datamaterialet så godt som mulig, for å få frem svaret på de viktigste spørsmålene jeg hadde omkring anvendelse av LP som stammebehandlingsverktøy. Forhåpentlig er resultatene satt inn i en sammenheng, som gjør dem lett å forstå for andre som måtte ønske å lese oppgaven.

Hovedresultatene fra analysen av datamaterialet kan oppsummeres, som følger:

De engelske logopedene kom i kontakt med LP på slutten av 1990- og begynnelsen av 2000-tallet, i en tid da det var mange motforestillinger mot direkte stammebehandling i England. Gjennom å være nysgjerrig på nye ideer, som LP var, tok de initiativ til å lære nærmere om programmet. Den nye kunnskapen var så interessant, at de ønsket å ta i bruk LP snarest mulig etter opplæring. Gryende erfaringer og gode resultater, allerede fra starten, førte til at de ønsket å gå videre med programmet, uten å se seg tilbake mot praksisen de hadde hatt med andre indirekte stammebehandlingsmetoder.

Erfaringene de engelske logopedene hadde fra lang tids anvendelse av LP, dekker et bredt spekter av forhold som har betydning for programmets suksess. Erfaringene er strukturert for å gi et forståelig og dekkende bilde av de viktigste faktorene som påvirker behandlingsresultat ved bruk av LP:

*Hensyn som må ta tas før behandling starter:* Familiens forventninger til behandling synes å påvirke behandlingsresultatet. Det er derfor viktig å avklare på forhånd hvilke forventninger foreldre har til LP, samt hvilke forpliktelser som kreves av foreldrene. Videre må avgjørelser for behandlingsstart baseres på aldersvurdering. LP anvendes hovedsakelig på barn mellom 3 og 6 år, da effekten synes å være best i denne aldersgruppen. Behandlingsstart vurderes også på bakgrunn av barnas risiko for å utvikle vedvarende stamming, samt hvordan barn og foreldre vil kunne håndtere stammingen. Risikofaktorer ser ut til å fremskynde behandlingsstart. Hvis det er sannsynlig at stammingen vil bedres av seg selv, følges familien tett opp og stammingen overvåkes. Dette gir rom for at naturlig bedring kan skje, og familien slipper unna krav som LP ellers vil medføre.

*Logopedens rolle vs. foreldreinvolvering:* Logopedene har en veilederrolle i LP, og må lære foreldrene å behandle egne barn. Støtten til foreldrene og oppfølging underveis i prosessen anses i LP, som meget viktig. Et godt resultat forutsetter at foreldrene ivaretas, på lik linje med barna, slik at foreldrenes selvtillit og tro på seg selv kan styrkes.

*Foreldre og barns erfaringer med LP:* Foreldre har generelt positive erfaringer med LP. Men, foreldres personlige forutsetninger og holdninger kan påvirke utfallet av behandlingen. En del foreldre kan i starten finne de verbale betingingene unaturlige, men dette overkommes etter kort tid. LP er en positiv opplevelse for barna, som etterspør mer behandling, og flere tilbakemeldinger på egen tale. Barna er også stolt over det de får til.

*Betydningen av gode nettverk:* Gode nettverk, anses som helt nødvendig i anvendelsen av LP, spesielt for nye logopeder, men og som arena for å løse vanskelige tilfelle og generell erfaringsutveksling for mer erfarne fagfolk.

*Utfordringer ved bruk av LP:* Disse er ikke særegne for LP, men synes generelt å gjelde alle former for logopedisk behandling. Utfordringene er relatert til tilgjengelig tid til behandling, forstyrrende elementer i behandlingssituasjon, forskjellige forutsetninger mellom offentlig og privat praksis, opplæring og forståelse, kulturelle og fremmedspråklige forhold, og behandling som ikke følges opp konsekvent. Utfordringene medfører at behandlingen kan ta lengre tid, men uten at behandlingsresultatet forringes.

*Effekt av LP:* Til tross for utfordringer, oppnås likevel gode resultater i de fleste tilfelle. LP anses derfor som et godt verktøy for å eliminere/reducere stamming, i kontrast til den indirekte behandlingsformen, hvor det oppleves mye større variasjon og usikkerhet knyttet til behandlingseffekt.

*Råd til nye logopeder som skal bruke LP:* Unngå fordommer og få kunnskap om nye ideer før de avvises, anvend «tekstbok eksempler» i begynnelsen, prøv ut LP så snart som mulig etter opplæring, observer andre gjøre LP, vær tro mot behandlingsmetoden, opprett nettverk og sørg for å ha relevant utsyr tilgjengelig under behandlingen.

På bakgrunn av oppgavens formål og resultater fra denne undersøkelsen, har jeg kommet frem til følgende konklusjon: Kunnskap og tidlige, positive erfaringer er viktige for å komme i gang med LP. Lidcombe programmet gir generelt gode behandlingsresultater, også når utfordringer er til stede. Logopedene får dermed et meget godt verktøy for stammebehandling av førskolebarn. Det gir sikkerhet for å oppnå positive resultater uten å måtte tilpasse miljø og behandling til ellers usikre årsaker. Siden LP har et strukturert behandlingsmønster, vil det være mindre sjanse for at noe går galt underveis i prosessen. At programmet er basert på mye forskning og empiriske studier, gir logopeden forutsigbarhet om hva som kan forventes i løpet av behandlingen. Ut fra dette, synes det som om LP vil kunne være et bedre egnet verktøy enn de indirekte behandlingstilnærmingene, for behandling av førskolebarn som stammer.

# Litteraturliste

- Alm, P. (2005). *On the Causal Mechanism of Stuttering*. Lund: Lund University
- Ambjørnsen, I. (2011). *Logopeders arbeid med førskolebarn som stammer: En kvalitativ undersøkelse*. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Ambrose, N. (2006). Early Stuttering: Parent Counseling. I N. Ratner & J.A Tetnowski. (Red.). *Current Issues in Stuttering Research and Practice*. (s. 87-99). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- ASHA, 2013. *Stuttering*. Hentet 14/10/2013.  
<http://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering.htm>
- ASRC, 2012a. *Lidcombe Program*. Hentet 11/10/2014. <http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/clinic/parents/lidcombe.shtml>
- ASRC, 2012b. *ASRC Downloads*. Hentet 01/11/2014. [http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/health\\_professionals/asrc\\_download.shtml](http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/health_professionals/asrc_download.shtml)
- Bakhtiar, M. & Packman, A. (2009). Intervention with the Lidcombe Program for a Bilingual School-Age Child Who Stutters in Iran. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 61, 300-304
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk* (2. utg.). Oslo: Det Norske Samlaget
- Berg, S. B. (2013). *Lidcombe-programmets etablering i Norge: Hvorfor blir Lidcombe-programmet lite brukt i Norge*. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Bernstein Ratner, N. (2005). Evidence-based practice in stuttering: Some questions to consider. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 163-188.
- Bernstein Ratner, N. (2006). Evidence-Based Practice: An Examination of Its Ramifications for the Practice of Speech-Language Pathology. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37, 257-267.
- Bernstein Ratner, N. & Guitar, B. (2006). Treatment of Very Early Stuttering and Parent-Administered Therapy: The State of the Art. I N. Bernstein Ratner & J. Tetnowski. (Red.). *Current Issues in Stuttering Research and Practice*. (s. 99-122) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bloodstein, O. & Bernstein Ratner, N. (2008). *A handbook of stuttering* (6. utg.). Clifton Park, NY: Delmar
- Borgeteien, H. M. (2010). *Lidcombe programmet i Norge: en kvalitativ undersøkelse av erfaringer med Lidcombe-programmet som tidlig intervensjonsprogram for barn som stammer i Norge*. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.

- Botterill, W. & Kelman, E. (2010). Palin Parent-Child Interaction. I B. Guitar & R. McCauley (Red.). *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. (s. 63-90). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bridgman, K., Onslow, M., O'Brian, S., Block, S., & Jones, M. (2011). Changes to Stuttering Measurement During the Lidcombe Program Treatment Process. *Asia Pacific Journal of Speech, Language, and Hearing*, 14(3), 147-152.
- Carstensen, M. (2012). «Vår viktigste samarbeidspartner?»: En kvalitativ undersøkelse om logopeders involvering av foreldre i stammebehandling av førskolebarn. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Cook, F. & Rustin, L. (1997). Commentary on the Lidcombe Programme of Early Stuttering Intervention. *European Journal of Disorders of Communication*, 32(2), 250-258.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Felby, L. C. (2003). Lidcombe Metoden – er den god? – og hvorfor måske alligevel? : en gennemgang af teorigrundlag. *Dansk Audiologopædi*, 39(2), 13-17
- Franken, M. J., Kielstra-Van der Schalk, C., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 189-199
- Gall, M. D., Borg, W. R. & Gall, J. P. (1996). *Educational Research. An Introduction*. (6<sup>th</sup> ed.). White Plains, NY: Longman Publishers USA.
- Garsten, M. & Lundström, C. (2008). Stamma och skenande tal hos barn. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.). *Logopedi*. (s. 433-444) Lund: Författarna och Studentlitteratur.
- Gilleberg, K. (2003). *Stammebehandling i Norge – en kartlegging*. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo, Oslo
- Glasgow, R., Lichtenstein, E., & Marcus, A. (2003). Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness Transition. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1261-1267.
- Goodhue, R., Onslow, M., Quine, S., O'Brian, S. & Hearne, A. (2010). The Lidcombe Program of early stuttering intervention: mothers' experiences. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 70-84.
- Gottwald, S. R. (2010). Stuttering Prevention and Early Intervention: A Multidimensional Approach. I B. Guitar & R. McCauley (Red.). *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. (s. 91-117). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B. (2003). The Lidcombe Program in Historical Context. I M. Onslow, A. Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinician's Guide*. (s. 27-39). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.

- Guitar, B. (2014). *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. (4. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B. & McCauley, R. (2010). An Overview of Treatments for Preschool Stuttering. I: B. Guitar & R. McCauley (Red.). *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. (s. 56-62). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hansen, E. J. & Herland, M. (2003). *Lidcombe programmet – foreldres erfaringer med direkte stammebehandling av førskolebarn*. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Harris, V., Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 27, 203-214
- Harrison, E., Ttofari, K., Rousseau, I., & Andrews, C. (2003). Troubleshooting. I M. Onslow, A. Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 91-99). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Harrison, E., Onslow, M., & Menzies, R. (2004). Dismantling the Lidcombe Program of early stuttering intervention: verbal contingencies for stuttering and clinical measurement. *International Journal of Communication Disorders*, 39(2), 257-267.
- Harrison, E., Onslow, M., & Rousseau, I. (2007). Lidcombe program 2007: Clinical Tales and Clinical Trials. I E.G. Conture & R.F. Curlee (Red.). *Stuttering and Related Disorders of Fluency*. (s. 55-75). New York: Thieme.
- Harrison, E. & Onslow, M. (2010). The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter. I B. Guitar & R. McCauley (Red.). *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. (s. 118-140). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hayhow, R., Kingston, M., & Ledzion, R. (2003). The United Kingdom. I: M. Onslow, A. Packman, E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 147-159). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Hayhow, R. (2008). *An exploration of parents' experiences of the Lidcombe program of early stuttering intervention*. Doktorgradsavhandling, University of the West of England, Bristol.
- Hewat, S., Harris, V., & Harrison, E. (2003). Special Case Studies. I M. Onslow, A. Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 103-118). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Heitmann, R. R. (2013). Naturlig småbarnsstotring eller begynnende stamming. *Spesialpedagogikk*, 4, 12-19



- Hjardemaal, F. (2011). Vitenskapsteori. I T.A. Kleven (Red.) *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering.* (s. 179-216). Oslo: Unipub
- Jacobsen, D. I. (2012). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag
- Jones, M., Onslow, M., Harrison, E., & Packman, A. (2000). Treating Stuttering in Young Children: Predicting Treatment Time in the Lidcombe Program. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(6), 1440-1450
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., Gebiski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *BMJ*, 331(7518), 659-663.
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., Hearne, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I. (2008). Extended follow-up of a randomized controlled trial of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43(6), 649-661.
- Kingston, M., Hubert, A., Onslow, M., Jones, M., & Packman, A. (2003). Predicting treatment time with the Lidcombe Program: replication and meta-analysis. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 38(2), 165-177.
- Koushik, S., Shenker, R., & Onslow, M. (2009). Follow-up of 6-10-year-old stuttering children after Lidcombe Program treatment: A Phase I trial. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 279-290.
- Koushik, S., Hewat, S., Shenker, R., Jones, M., & Onslow, M. (2011). North-American Lidcombe Program file audit: Replication and meta-analysis. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4), 301-307.
- Krumsvik, R.J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode - ei innføring.* Bergen: Fagbokforlaget
- Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterViews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing.* Thousand Oaks, California: SAGE Publication
- Kvalø, T.K. (2013). *En kvalitativ studie: Hvilke erfaringer har logopeder gjort med Lidcombeprogrammet?* Akademisk avhandling, Universitetet i Nordland, Bodø
- Langevin, M. & Kully, D. (2003). Evidence-based treatment of stuttering: III. Evidence-based practice in a clinical setting. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 219-236.

- Lattermann, C., Euler, H., & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 52-65
- Laulund, E. (2002). Lidcombebehandlingen. Er den god? – Og hvorfor ikke? *Dansk audiologopædi*, 38(2), 39-44
- Lincoln, M., Onslow, M., Lewis, C., & Wilson, L. (1996). A clinical trial of an operant treatment for school-age children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 5, 73-85.
- Lincoln, M. & Harrison, E. (1999). The Lidcombe Program. I A. Packman & M. Onslow, M. (Red.). *The Handbook of Early Stuttering Intervention*. (s. 103-117). San Diego: Singular Publishing Group.
- Lincoln, M. & Packman, A. (2003). Measuring Stuttering. I: M. Onslow, A. Packman, E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 59-69). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Lewis, C., Packman, A., Onslow, M., Simpson, J., & Jones, M. (2008). A Phase II Trial of Telehealth Delivery of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17(2), 139-149.
- Manning, W. H. (2010). *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.
- Maxwell, J. (1992). Understanding Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review*, 32(3), 279-300.
- Miller, B. & Guitar, B. (2009). Long-Term Outcome of the Lidcombe Program for Early Stuttering Intervention. *Journal of Speech-Language Pathology*, 18(1), 42-49.
- Montreal Fluency Centre, 2014. <http://montrealfluency.com/clinicians/lidcombe-program/lp-newsletters/> Hentet 23/09/2014
- Månsson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25(1), 47-57.
- NESH, (Red.). (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora*. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- O'Brian, S., Iverach, L., Jones, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2013). Effectiveness of the Lidcombe Program for early stuttering in Australian community clinics. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(6), 593-603.

- Onslow, M. & O'Brian, S. (1997). The Lidcombe Programme of early stuttering intervention: methods and issues. *European Journal of Disorders of Communication*, 32, 231-250.
- Onslow, M., Menzies, R., & Packman, A. (2001). An Operant Intervention for Early Stuttering: The Development of the Lidcombe Program. *Behavior Modification*, 25(1), 116-139.
- Onslow, M., Stocker, S., Packman, A., & McLeod, S. (2002). Speech timing in children after the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 16(1), 21-33.
- Onslow, M. (2003a). Overview of the Lidcombe Program. I M. Onslow, A, Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 3-20). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Onslow, M. (2003b). From Laboratory to Living Room: The Origins and Development of the Lidcombe Program. I M. Onslow, A, Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 21-25). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Onslow, M. (2003c). Verbal Response-Contingent Stimulation. I M. Onslow, A, Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 71-79). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Onslow, M., Attanasio, J., & Harrison, E. (2003). Parents Talk About the Lidcombe Program. I M. Onslow, A, Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 193-206). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Onslow, M. & Millard, S. (2012). Palin Parent Child Interaction and the Lidcombe Program: Clarifying some issues. *Journal of Fluency Disorders*, 37(1), 1-8.
- Onslow, M., Jones, M., O'Brian, S., Packman, A., & Menzies, R. (2012). Stuttering. I P. Sturmey & M. Hersen. (Red.). *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, Volume One, Child and Adolescent Disorders*. (s. 185-207). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Onslow, M. & O'Brian, S. (2013). Management of childhood stuttering. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49, E112-E115.
- Packman & Onslow. (1999). Issues in the Treatment of Early Stuttering. I Packman, A. & Onslow, M. (Red.) *The Handbook of Early Stuttering Intervention*. (s. 1-16). San Diego: Singular Publishing Group.
- Packman, A., Onslow, M., & Attanasio, J. (2003a). The Timing of Early Intervention with the Lidcombe Program. I M. Onslow, A, Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 42-55). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.

- Packman, A., Rousseau, I., Onslow, M., Dredge, R., Harrison, E., Wilson, L. (2003b). Australia. I M. Onslow, A. Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 139-146). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Packman, A. & Attanasio, J. (2004). *Theoretical Issues in Stuttering*. Hove: Psychological Press.
- Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 225-233.
- Packman, A., Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., Sheedy, S., O'Brian, S., MacMillan, V. & Lloyd, W. (2014). *The Lidcombe Program Treatment Guide*. Australian Stuttering Research Centre. Hentet: 21/08/14  
[http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/lp\\_guide\\_january\\_2014.pdf](http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/lp_guide_january_2014.pdf)
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. London: SAGE Publication.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E. L., Prior, M., Eadie, P., Cini, E., Bolzonello, C., & Ukoumunne, O. C. (2009). Predicting stuttering onset by the age of 3 years: A prospective, community cohort study. *Pediatrics*, 123(1), 270-277.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O. C., Bavin, E. L., Prior, M., Eadie, P., Block, S., & Wake, M. (2013). Natural History of Stuttering to 4 Years of Age: A Prospective Community-Based Study. *Pediatrics*, 132(3), 460-467.
- Robson, C. (2011). *Real World Research: A Resource for Users of Social Research Methods in Applied Settings*. Chichester: Wiley
- Rousseau, I., Packman, A., Onslow, M., Dredge, R., & Harrison, E. (2002). Australian Speech Pathologists' Use of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *ACQuiring Knowledge in Speech, Language and Hearing*, 4(2), 67-71.
- Rousseau, I., Packman, A., Onslow, M., Harrison, E., & Jones, M. (2007). An investigation of language and phonological development and the responsiveness of preschool age children to the Lidcombe Program. *Journal of Communication Disorders*, 40, 382-397.
- Shapiro, D. A. (2011). *Stuttering intervention: a collaborative journey to fluency freedom*. Austin, Tex: PRO-ED.

- Shenker, R. & Wilding, J. (2003). Canada. I M. Onslow, A. Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 161-172). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Shenker, R. C. (2004). Bilingualism in Early Stuttering: Empirical Issues and Clinical Implications. I: Bothe, A. (Red.) *Evidence-based Treatment of Stuttering. Empirical Bases and Clinical Application*. (s. 81-96). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Solheim, K. J. (2008). «Det var bløtt sagt»: en kvalitativ studie av danske logopeders erfaringer med lidcombe programmet som behandlingsmetode. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Starkweather, C., Gottwald, S. R., & Halfond, M. M. *Stuttering prevention: a clinical method*. New Jersey: Prentice Hall.
- Sønsterud, H. (2009). Første Lidcombe-kurs gjennomført i Norge. *Logopeden*, 55(2), 32-33.
- Sønsterud, H., Howells, K., & Hoff, K. (2014). Hva er stamming? – sett i relasjon til tidlig stammeforløp. *Logopeden*, 1, 6-13.
- Tveit, K. (2011). Historisk forskningsmetode. I: T.A. Kleven (Red.) *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. (s. 139-178). Oslo: Unipub.
- Van Riper, C. (1982). *The Nature of Stuttering* (2. utg.). Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Wahlhaus, M. M., Girson, J., & Levy, C. (2003). South Africa. I M. Onslow & A. Packman, E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 183-190). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.
- Webber, M. & Onslow, M. (2003). Maintenance of Treatment Effects. I M. Onslow, A. Packman & E. Harrison (Red.). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A clinicians's Guide*. (s. 81-90). Austin, Texas: Pro-ed. An International Publisher.
- WHO, (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Hentet: 29/04/2014  
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F98.5>
- Woods, S., Shearsby, J., Onslow, M., & Burnham, D. (2002). Psychological impact of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 37(1), 31-40.

- Yairi, E. (1997). Disfluency characteristics of childhood stuttering. I R.F Curlee & G.M Siegel. *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions* Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Yairi, E. & Ambrose, N. (2005). *Early Childhood Stuttering: for Clinicians by Clinicians*. Austin, Tex: PRO-ED.
- Yairi & Ambrose (2013). Epidemiology of stuttering: 21<sup>st</sup> century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 66-87.

## **Vedlegg / Appendiks**

# Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

- "Lidcombe-programmet i England og Norge.  
- En kvalitativ undersøkelse av engelske og norske logopeders erfaringer med Lidcombe-programmet som tidlig intervensjonsprogram for barn som stammer"***

### Bakgrunn og formål

I forbindelse med en mastergrad i logopedi ved Institutt for spesialpedagogikk ved Universitet i Oslo skal det i løpet av våren gjennomføres et forskningsprosjekt. Formålet med studien er å få bedre kjennskap til og kunnskap om engelske og norske logopeders erfaring med Lidcombe-programmet.

Det søkes i den anledning etter logopeder som er sertifisert i Lidcombe-programmet og som har erfaring med programmet i behandling av førskolebarn som stammer. Gjennom å delta i denne studien vil dine erfaringer med programmet kunne bidra til økt kunnskap innen for stammefeltet, være til nytte og inspirasjon for andre logopeder, samt være med å bidra til en videreutvikling av arbeidet med stammebehandling i Norge.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg ønsker å intervju deg med tanke på hvilke erfaringer du har gjort deg med Lidcombe-programmet. Intervjuet vil vare i ca. 1-1<sup>1/2</sup> time, og vil med godkjenning fra deg, bli tatt opp på lydopptak. Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer med Lidcombe-programmet i behandling av førskolebarn som stammer.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger som kommer frem i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. For å ivareta konfidensialiteten vil det kun være meg selv og eventuelt min veileder som vil ha tilgang til disse opplysningene. Som deltaker i forskningsprosjektet vil du ikke kunne bli gjenkjent når masteroppgaven blir publisert.



Prosjektet skal etter planen avsluttes 30. mai 2014. Etter at sensuren har falt vil personopplysninger og eventuelle opptak bli slettet.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på tlf: 93039987, eller e-post: [linkjoh@student.uv.uio.no](mailto:linkjoh@student.uv.uio.no).

Veileder på denne masteroppgaven, Gunvor Dalby Veia, kan kontaktes på tlf: 22858047, eller e-post: [g.d.veia@isp.uio.no](mailto:g.d.veia@isp.uio.no)

Med vennlig hilsen,  
Line Kannelønning Johnsen

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# **Vedlegg 2: Inquiry of participation and consent form**

## **Inquiry of participation in the research project**

***"The Lidcombe programme in England and Norway:  
A qualitative research of English and Norwegian  
Speech and Language Therapists experiences with  
the Lidcombe programme as an early intervention  
program for children who stutter."***

### **Background and purpose**

In relation to a master in Speech and Language Therapy at the Institute of Special Needs Education, University of Oslo, a research project will be carried out during the spring. The purpose of the research is to gain better knowledge about English and Norwegian therapists' experience with the Lidcombe programme.

I am therefore looking for therapists who are certified in the Lidcombe programme and who have experience with it when treating pre-school children who stutter.

Participating in this research could contribute to better knowledge within the field of stuttering, be useful for other therapists, and it might also contribute to a further development of stuttering treatment in Norway.

### **What does it mean to be part of the research?**

I would like to interview you about your experiences with the Lidcombe programme. The interview will last around 1-1½ hours and will with your approval be recorded.

### **What will happen to the informations concerning you?**

All the information will be treated confidentially. To ensure this confidentiality the only ones to have access to the information will be myself and possibly my supervisor. As a participant in the research you will remain anonymous when the dissertation is being published.

The research is scheduled to end on 30<sup>th</sup> of May 2014. Personal data and any recordings will then be deleted.

### **Voluntary participation**

It is voluntary to participate in the research and you have the right to withdraw your consent at any time without giving any reason. If you decide to withdraw from the research all data concerning you will be anonymous.

The research has been reported and approved by the Data Protection Official for Research, Norwegian Social Science Data Services AS (NSD).

If you would like to participate or have any questions regarding the research, please contact me by phone: 07716685302/+4793039987, or by e-mail: [linkjoh@student.uv.uio.no](mailto:linkjoh@student.uv.uio.no).

Supervisor on this project, Gunvor Dalby Veia, can be contacted by phone: +4722858047, or by e-mail: [g.d.veia@isp.uio.no](mailto:g.d.veia@isp.uio.no)

Best regards,  
Line Kannelønning Johnsen

## **Consent to participate in the research**

I have received information of the research and am willing to participate

-----  
(Signed by the participant, date)

# Vedlegg 3: Interview guide

## Interview guide – LP

### Introduction

- Presentation
- Background and purpose of the study, the aim of the interview and how the information will be used
- Use of a recorder
- Information about confidentiality
  - Personal information will be treated confidentially
  - The recordings will only be used by myself and will be deleted when the project is ending
  - No original names will be used when the findings are revealed in the rapport

### Background information

- Can you tell me a little about what kind of educational background you have?
- For how long have you worked as a speech and language therapist?
- What kind of workplace do you work at? (Private/public, community health centre, hospital, mainstream/ special school, etc.)
- For how long have you worked with children who stutter?
- How did you learn about the Lidcombe program? (workshop?)
- What made you want to use the program in treatment?

- For how long have you been using the program?
- To what extent do you use the program?
- Are there times where you choose other methods for treating children who stutter?

### Experiences with the Lidcombe program

- Could you share some of your experiences on using the program?  
(Positive aspects/ strengths, are there any challenges?)
- If you experience any challenging cases are there some kind of support system that you can reach out to for help?
- How do you experience the effect of the program?
- Do you follow the program as described in the treatment guide?  
(Step 1/step 2, are there things that you adapt?)
- When using the program do you use any other methods in addition to it?
- Do you receive any feedback from parents that you would like to share?

### Rounding of the interview

- Is there anything that I have not brought attention to today that you would like to bring up before we end this interview?

Thank you for taking the time to participate in this research and for sharing your experiences with me!

# Vedlegg 4: Prosjektgodkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 58 21 17  
Fax: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr: 985 321 884

Gunvor Dalby Vea  
Institutt for spesialpedagogikk Universitetet i Oslo  
Postboks 1140 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 07.02.2014

Vår ref: 37211 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.01.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

37211	<i>Lidcombe-programmet i England og Norge. En kvalitativ undersøkelse av engelske og norske logopeders erfaringer med Lidcombe-programmet som tidlig intervensjonsprogram for barn som stammer</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Gunvor Dalby Vea
Student	Line Kannelønning Johnsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1056 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. [kjrr.svarsa@svt.ntnu.no](mailto:kjrr.svarsa@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. [nsdmas@svt.uit.no](mailto:nsdmas@svt.uit.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Line Kannelønning Johnsen [linkjoh@student.uv.uio.no](mailto:linkjoh@student.uv.uio.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 37211

Formålet med prosjektet er å undersøke engelske og norske logopeders erfaringer med Lidcombe-programmet som tidlig intervensjonsprogram for barn som stammer.

Utvalget består av engelske og norske logopeder som har sertifisering i Lidcombe-programmet. Forespørsel om deltakelse viderefremmes til utvalget i Norge og England via kontaktpersoner.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Ifølge meldingen til ombudet vil det kunne fremkomme opplysninger om tredjepersoner (barn/pasienter) i forbindelse med intervjuene. Logopedene er bundet av en lovpålagt taushetsplikt og har ikke anledning til å utlevere opplysninger om sine pasienter/klienter som kan være identifiserende. Vi anbefaler student om å gi logoped/lege en slik påminnelse i forkant av intervjuet.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 20.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.